Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PERIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

SAVOIR :

ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
TRANSACTIONS MÉDICALES;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES ETC;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE;
LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HÔPITAUX;
ANNALES D'HYGIENE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME ONZIÈME.

Bruxelles,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.
1833.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS ETC., ETC.

JUIN 1833.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Pneumonie chronique, consomption, marasme, point de tubercules.

Debais, soldat au 7e régiment de ligne, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 27 août 1832, avait été traité dans plusieurs hôpitaux pour des bronchites; il avait obtenu un congé d'un an, et sa toux persistant toujours, il venait au Val-de-Grâce pour se présenter au Conseil, afin d'être réformé. Sa constitution était faible, ses chairs pâles et molles offraient un peu de bouffissure. Il ne se plaignait que d'une toux, à la vérité fort incommode; il n'accusait aucune douleur dans la poitrine, et n'assignait aucune cause déterminante à sa maladie.

Le 28, toux fréquente, expectoration très-abondante, crachats épais, grisâtres, adhérens au fond du vase; dyspnée, oppression; l'impulsion du cœur paraît augmentée. Le son est mat du côté gauche de la poitrine, quand on la percute; le bruit respiratoire est affaibli est remplacé par la respiration bronchique et le râle muqueux. Du côté droit, il semble exagéré. (Diète, gomme laitée, pilule de digitale, un grain; saignée de 8 onces.) Pouls fréquent, faible.

Le 29 moins d'oppression. (Diète, gomme, émulsion opiacée, looch.)

Le 31, la toux diminue d'intensité; elle est cependant encore fatigante, surtout le matin; l'expectoration est facile; appétit. (Demi-soupe au lait, potion thridacée, etc.)

Les jours suivans, rien de nouveau ne se présente; le malade est mis au régime lacté, on lui prescrit des loochs, des émulsions opiacées et des pédiluves sinapisés. Cependant, bientôt la maladie fait des progrès; on entend du râle caverneux au côté gauche, le son devient tout-à-fait mat, des douleurs sourdes annoncent que l'inflammation s'étend à la plèvre. Le 10 septembre, on applique 10 sangsues sur le côté gauche, entre la clavicule et le mamelon

Le 22, on revient aux pilules de digitale, dont on avait suspendu l'emploi, à cause de l'irritabilité de l'estomac. Vers cette époque se déclarent des sueurs nocturnes d'abord légères, et qui deviennent abondantes. Au 10 octobre, on prescrit des pilules avec un grain d'acétate de plomb. Les autres symptômes continuent leurs cours; l'expectoration, toujours plus abondante, se fait plus difficilement.

Le 20 octobre, diarrhée, nouvelles douleurs au côté gauche de la poitrine, dyspnée, sueurs abondantes la nuit, expectoration difficile. (Diète, gomme, émulsions opiacées, liniment anodin, vésicatoire sur le côté gauche.)

Le malade vit encore quelques jours en s'affaiblissant de plus en plus; le pouls est fréquent et très-faible.

Mort le 28 octobre.

Ouverture du cadavre.

Au côté gauche de la poitrine, vers la région qui correspond au sein, on trouve un épanchement pleurétique circonscrit, formé d'un liquide citrin; il y a de fortes adhérences à la partie supérieure, vers le sommet du poumon, et quelques-unes aussi du côté droit, à la même partie de la plèvre. Le poumon gauche est entièrement hépatisé; son tissu est d'un gris foncé, compact et induré, homogène et sans un seul tubercule; on y rencontre de nombreuses cavernes, surtout à la partie supérieure et externe: quelques-unes peuvent contenir une noix. Ces cavernes sont vides; les bronches sont remplies de mucus purulent. Au côté droit, on trouve aussi quelques petites cavernes à la partie supérieure; le tissu qui les entoure offre le même genre d'altération; on n'y rencontre pas de tubercules, la portion inférieure est saine. Le cœur est volumineux, sa partie droite est dilatée; il est couvert de graisse. Les voies digestives présentent des signes de gastro-entérite chronique.

Gastro-colite, pleurésie, pneumonie chronique, pas de tubercules.

Paquet, soldat au 1er de ligne, d'une faible constitution, entra à l'hôpital du Val-de-Grâce le 27 août 1832. Il était affecté, depuis quelques jours, d'une gastro-colite qui offrait quelques caractères de celle qu'on a nommée cholérine. Soif intense, quoique la langue ne fût que légèrement rouge; douleurs épigastriques, envies de vomir, coliques, diarrhée très-fréquente. Le pouls était à peu près à l'état normal. Le 28, on prescrivit 15 sangsues à l'anus; le lendemain, 15 autres à l'épigastre, et, comme le 30, la diarrhée persistait, on en appliqua 12 nouvelles à l'anus. Diète, gomme 3 fois, et lavemens amylacées avec 8 gouttes de laudanum. Le 31, tous les symptômes avaient disparu; le malade se rétablit promptement, et arriva progressivement à manger les trois quarts de la portion, le 17 septembre, devant sortir de l'hôpital sous peu de jours.

Le 20 septembre, s'étant refroidi pendant la nuit, il fut atteint d'un violent point pleurétique, et le dévoiement reparut. Douleur vive au dessous du sein gauche, augmentant par l'inspiration et les mouvemens, respiration diaphragmatique, décubitus sur le dos, dyspnée, point de toux, pouls dur, accéléré. (Diète, gomme, 20 sangsues sur le point douloureux, avec ordre de faire saigner les piqûres le plus possible; lavement opiacé.) Les deux jours suivans, les mêmes symptômes persistant, on fait deux nouvelles applications de 20 sangsues, et on continue les lavemens.

Le 24, la douleur était diminuée, mais le son devenait mat à la percussion, et le bruit respiratoire s'affaiblissait de plus en plus. La toux commençait, le pouls, plus faible, conservait de la fréquence; il n'y avait plus de diarrhée. (Diète, émulsion opiacée, looch, large vésicatoire sur le coté gauche.) La douleur fut enlevée.

Le 29, le malade accusa de l'appétit, on lui accorda un demi-bouillon, et le 31, il mangea une demi-soupe au lait.

Le 2 octobre, le dévoiement reparut et dura jusqu'au 7; toux sans expectoration. (Diète, eau de riz gommée, lavemens laudanisés, émulsions opiacées.)

Paquet était tombé dans le marasme, son tient était jaune, livide, terreux; les forces étaient épuisées, la parole paresseuse, les urines rares, épaisses, rouges. Le dévoiement était encore une fois arrêté, et on lui donna des moitiés et des quarts de crème de riz; mais il reparut le 12, et on ordonna de nouveau la diète. Il vécut dans ces alternatives jusqu'à sa fin.

La respiration bronchique se faisait entendre, la dyspnée augmentait; il y avait toux avec expectorations de quelques crachats visqueux. La diarrhée le reprit encore et dura jusqu'à la mort qui eut lieu le 27 octobre.

Ouverture du cadavre.

Épanchement, dans la plèvre gauche, d'un liquide brunâtre ayant la consistance et la couleur du chocolat un peu clair; sa quantité pouvait être de dix à douze onces. Quelques adhérences à la partie supérieure, point de communication avec les bronches. Le poumon était plus friable, moins dur que chez le sujet de l'observation précédente; sa couleur était grise supérieurement, tirant un peu sur le rouge à la partie inférieure; il n'y avait aucun tubercule. Aux parties supérieure et moyenne du même poumon existaient plusieurs cavernes analogues à celles qu'on a trouvées chez Debais; les voies gastriques offraient plusieurs points enflammés, surtout le colon, dont la muqueuse était épaissie, rouge, brunâtre, et ulcérée par plaques.

ROBERT.

Observation d'une amputation du bras, dans l'articulation scapulo-humérale, avec résection du col de l'omoplate, pratiquée avec succès à l'hôpital d'Abou-Zabel (Égypte), *le 24 octobre* 1828;

PAR CLOT-BEY,

Docteur en médecine et en chirurgie, inspecteur du service de santé des armées de S. A. le vice-roi d'Égypte, membre du conseil général de santé, directeur de l'École de Médecine.

Le nommé *Mohammed Abd-er-Rahman*, Arabe, soldat au 6e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 26 ans, se trouvant, en mai 1827, au siége de Modon, reçut une balle à la face intérieure et supérieure du bras droit, laquelle après avoir labouré la face externe de cet os, sortit du côté opposé. Mohammed fut transporté successivement aux hôpitaux de Patras, de Modon et d'Alexandrie, où il resta l'espace de seize mois, après lesquels il fut expédié à celui d'Abou-Zabel, où il entra le 1er octobre 1828. Placé dans la salle de clinique chirurgicale, je le trouvai dans l'état suivant:

Marasme général, faiblesse extrême, diarrhée, gonflement œdémateux de l'épaule, du bras et de l'avant-bras; trois points fistuleux occupaient la partie intérieure et supérieure du membre, par où s'écoulait une suppuration sanieuse très-abondante. Plusieurs esquilles en étaient sorties; la sonde, introduite dans les fistules, pénétrait facilement dans l'articulation, et faisait reconnaître la dénudation des surfaces osseuses.

Dans un tel cas, je crus que la seule ressource que l'art pût offrir, était l'amputation dans l'article, ce qui fut décidé par une consultation. Je la pratiquai, le 24 octobre en présence des professeurs de l'École, et de plusieurs officiers de santé de l'armée et des élèves. Elle fut exécutée suivant la méthode de Lafaye, modifiée par M. le professeur Richerand, et en conséquence, je me dispensai de faire la compression de l'artère axillaire. Le malade, assis sur une chaise, et le bras tenu horizontalement, je fis avec un long bistouri une incision partant de la partie interne de l'acromion, et descendant perpendiculairement jusqu'à quatre travers de doigt, puis une seconde s'étendant de la partie postérieure de cette apophyse, et ayant la même étendue que la première. Je réunis ces deux incisions par une troisième, transversale, et je disséquai le lambeau qui était très-adhérent à

l'humérus; je coupai les tendons, la capsule, et posai avec facilité la tête de l'os en dehors, en conduisant le bistouri en dedans; ensuite, rasant la face interne de l'humérus, je séparai les parties molles dans l'étendue de trois pouces, confiant à un aide le bord antérieur du lambeau interne avant que la section fût achevée, pour prévenir l'hémorrhagie qu'aurait fournie l'artère brachiale, qui fut liée immédiatement. L'ablation du membre fut faite avec facilité et en peu de temps. Je trouvai la cavité glénoïdale rugueuse et dépouillée du cartilage qui la recouvre; j'enlevai toute la partie malade avec la gouge et le maillet, les lambeaux étant portés fortement en arrière: de plus, j'enlevai un paquet de glandes engorgées qui occupaient le bord antérieur de l'aisselle. Cela fait, je réunis immédiatement les lambeaux qui furent soutenus par des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié. Le malade fut placé dans son lit. *Potion éthérée, infusion de tilleul.*

Examen pathologique du membre.

Le bra, l'avant-bras et la main sont œdématiés dans toute leur étendue et infiltrés de sérosité. Les muscles sont pâles et décolorés, ceux du bras sont lardacés; l'humérus, dépouillé de toutes les parties molles qui l'enveloppent, est formé de deux pièces.

La première comprend la tête, et environ trois pouces de substance réticulaire. Cette pièce est entièrement nécrosée, et forme un séquestre contenu dans l'autre comme dans un étui. La seconde comprend la totalité de la longueur de l'os; son volume est le double de l'état naturel. Elle est recouverte dans toute son étendue de végétations osseuses, qui lui donnent l'aspect d'une production nouvelle.

Visite du soir: chaleur à la peau, pouls fréquent, langue sèche (limonade, diète).

Le 25 au matin, nuit calme, sommeil par intervalle, pouls fréquent, langue sèche (diète, même prescription). A la visite du soir, même état (même prescription).

Le 26 au matin, sommeil de plusieurs heures, l'état est le même; l'appareil est humecté d'une grande quantité de sérosité: on le renouvelle. (Diète, même prescription.)

Le 27 au matin, le malade a eu un sommeil agité pendant la nuit; pouls plus fréquent et plus accéléré que la veille, langue sèche, gêne dans les mouvemens inspiratoires, rougeur érysipélateuse sur le côté de la poitrine correspondant à l'opération. Toux (diète, tisane pectorale, looch gommé, fomentations émollientes sur la partie). Le soir, l'état ne varie pas (même prescription).

Le 28 au matin, la nuit a été calme. Pouls moins fréquent que la veille, langue humectée; l'appareil est entièrement renouvelé. Il n'est imprégné que d'une très-petite quantité de pus; les lambeaux sont réunis, et n'offrent qu'une plaie de trois à quatre lignes sur quelques points de leur circonférence. Le malade désire des alimens (tisane pectorale, crème de riz). Le soir, même état.

Le 10 au matin, il a été calme pendant la nuit. Pouls naturel, langue humectée; la rougeur érysipélateuse se dissipe (soupe le matin, crème le soir).

Le 30 et 31, même état; peu d'alimens.

Le 1er novembre, l'appareil est renouvelé, la plaie est cicatrisée sur tous les points, excepté à l'endroit des ligatures (quart matin et soir).

Du 2 au 6, même état.

Le 7, chute des ligatures; le malade prend des forces et se lève; on lui augmente la quantité des alimens.

RÉFLEXIONS.

L'état du malade et l'examen pathologique du membre démontrent que cette opération était le seul moyen qu'on pût employer pour sauver la vie de cet individu. Parmi les divers procédés conseillés, j'ai adopté celui de Lafaye, parce qu'il s'accommodait mieux à l'état des parties.

La carie du col de l'omoplate eût été un obstacle au succès de l'opération, je dus ne pas hésiter à en faire la résection.

Ce fait prouve que l'art peut encore être efficace dans les cas qui paraissent le plus désespérés, surtout en Egypte, où les blessures guérissent avec une admirable facilité, ainsi que cela a déjà été observé plusieurs fois, et notamment par M. le baron Larrey.

HOPITAL DE TROYES.

AMPUTATION PARTIELLE DU PIED;

PAR M. BÉDOR,

Docteur en médecine, ancien chirurgien-major attaché en chef à cet hôpital civil et militaire.

J'ai déjà parlé ailleurs de l'opération que je vais rapporter; mais les cas d'amputations partielles du pied ne s'offrant à l'observation que de loin en loin dans la pratique la plus étendue, celle même des hôpitaux, j'ai pensé que ce fait pouvait être utile à communiquer aux lecteurs des *Annales de la médecine physiologique.*

Le nommé Terrenoir, né dans la commune de Troyes, jeune homme de taille élevée et d'assez bel extérieur, mais d'une constitution scrofuleuse, avait déjà eu, au doigt annulaire de la main gauche, un ulcère scrofuleux avec carie.

La désorganisation du doigt avait bientôt obligé d'en venir à son ablation dans l'articulation métacarpo-phalangienne.

Cette ablation, reconnue nécessaire par mon collègue et ami le docteur Pigeotte, et faite en sa présence, il y a un peu plus de deux ans, par notre ancien élève, M. Viardin, avait été suivie d'une cicatrisation qui s'est maintenue solide.

Bientôt le pied gauche de Terrenoir devint, à son tour, le siége d'un engorgement lymphatique très-grave et de plusieurs nouveaux points d'ulcération fistuleuse. Je n'eus pas occasion de l'examiner dès son début. Les signes de carie scrofuleuse de deux os du métatarse et d'une phalange de ce malheureux pied paraissent toutefois n'avoir que peu tardé à se manifester.

Les douleurs qui accompagnaient le progrès de cette désorganisation devenaient de plus en plus insupportables.

Admis à notre Hôtel-Dieu, les saignées capillaires locales;

les traitemens généraux antiscrofuleux, les bains locaux aromatiques et autres, les douches alcalines, etc., tout fut longtemps mis en usage, tout fut même prodigué, dans le but de ne rien précipiter en fait de moyens extrêmes quand la vie du sujet n'était pas encore menacée. Ainsi qu'on pouvait l'augurer, tout échoua.

Terrenoir, souffrant trop cruellement et depuis trop longtemps, suppliait, en définitive, qu'on voulût bien se décider à faire l'amputation de sa jambe. Il avait d'ailleurs été témoin de plusieurs de ces opérations, pratiquées, dans mon service, avec un succès qui l'encourageait. Lui-même, à ma visite chaque matin, il m'indiquait, sous son genou, le lieu de l'opération qu'il sollicitait. Sa jambe était cependant entièrement saine.

Terrenoir me paraissait d'ailleurs si malheureusement né, par sa disposition aux tumeurs écrouelleuses des membres, que je le voyais comme appelé à offrir, d'années en années, le triste sujet vivant d'une série, peut-être nombreuse, de mutilations chirurgicales.

Ayant sondé une dernière fois les fistules du pied carié de ce pauvre scrofuleux, je me confirmai, à mon grand contentement, dans la conviction de pouvoir emporter tout le mal existant par la seule ablation des orteils et du métatarse.

Je n'avais point encore eu l'occasion, toujours si rare, de pratiquer une pareille ablation. Je saisis donc celle-ci avec empressement : mon malade l'accepta de même, flatté, dans son malheur, de conserver, outre sa jambe, son talon et son avant-pied, ainsi que je le lui promettais.

J'aurais assez incliné à employer le moyen de la scie, qui a été indiqué comme le plus facile et surtout le moins douloureux, par mon ancien condisciple et ami, M. Jules Cloquet. Je l'avais même déjà fait, il y a longtemps, avec succès sur le carpe d'un ouvrier dont la main s'était mutilée dans une mécanique, ainsi que nous le voyons souvent ici. Je ne pus toutefois m'arrêter à cette idée, puisque je reconnus que la carie des troisième et quatrième os du métatarse intéressait leurs extrémités postérieures.

Je tournai alors ma pensée vers le procédé de M. Lisfranc. Je relus surtout attentivement sa partie descriptive, en étudiant, avec un pied de squelette à la main, les indications qu'il donne.

Très-satisfait de la justesse, de la précision et de la clarté des indications qu'elle me sembla offrir, je m'empressai de manœuvrer le procédé sur les sujets qui se trouvèrent dans l'amphithéâtre, en me faisant assister par l'interne de l'Hôtel-Dieu.

La manœuvre me confirma dans la bonne idée que j'avais conçue de cette méthode opératoire à la seule lecture.

Je fis aussitôt faire un couteau court exprès pour cette opération. Cependant, après l'avoir essayé, je préférai encore l'emploi d'un fort scapel à dos, comme je m'y étais fait la main dans mes essais précédens.

Il n'était donc plus question pour moi que de délivrer au plus tôt mon pauvre patient de son avant-pied gauche, dont les douleurs étaient atroces.

Ce fut ce que je fis avant ma visite du matin, le 8 décembre dernier, ou, comme le bon opéré se complaît à le redire, le jour même de la Notre-Dame d'hiver.

Tout étant bien disposé, le pied à couper convenablement saisi par ma main gauche, et, entre autres soins préliminaires, le cours du sang on ne saurait mieux suspendu, puisque le docteur Pigeotte avait l'extrême obligeance de me faire la compression, je portai mon scalpel, tenu par la main droite, sur le point du bord interne du pied que marquait mon pouce gauche en s'y appliquant. J'y commençai à inciser la peau du coude-pied transversalement, en décrivant une ligne (moins courbe que je ne l'aurais faite sans la hauteur des ulcères fistuleux) conduite jusqu'au point du bord externe que marquait l'application de mon doigt médius, en opposition au pouce de la même main.

Nulle rétraction de peau ne put être obtenue à cette première section. Faisant alors pénétrer la pointe de mon instrument sous cette peau immobile, je le reconduisis d'un second trait sur le trajet qu'il venait de parcourir. J'en promenai ensuite le tranchant sur les ligamens extérieurs de l'articulation du tarse avec le métatarse, afin de ne l'ouvrir que conformément à l'excellent précepte donné par M. Lisfranc : *Ne point tenter de la traverser sans avoir détruit tous ses moyens d'union dans toute l'étendue de la face par laquelle on veut y entrer.* Cette division, très-diligemment faite, me découvrit le bord des surfaces articulaires.

Pendant ce temps, un léger mouvement de pression et d'oscillation venait de m'assurer de nouveau que l'intervalle des deux tubercules osseux du grand cunéiforme et du premier métatarsien répondait toujours bien à la jointure des phalanges métacarpienne et au guifère de mon pouce gauche. Écartant donc un peu cette dernière phalange, en étendant ce même pouce, dont la base seule pressait en ce moment le pied que j'opérais, j'enfonçai là le tranchant de mon instrument.

La justesse avec laquelle je pénétrai soudain dans l'articulation, excita une exclamation approbative de la part de quelques assistans, qui ne savaient pas combien les précieuses indications de M. Lisfranc, qui manquaient à nos pères, simplifient ici ce qui les a toujours embarrassés.

Remonter la pointe de mon tranchant sur la paroi interne de la mortaise qui reçoit le second métatarsien, et en parcourir les deux autres parois, bien plus courtes, pour arriver au niveau du troisième, ne fut que l'affaire d'un clin-d'œil.

Ayant du reste trouvé, dans mes manœuvres préparatoires, qu'il était plus commode (au moins pour moi), et je crois tout aussi prompt, de reprendre l'instrument de la main gauche que de retourner fortement la droite en supination pour désarticuler avec gêne le bord externe du pied, je le fis de cette première manière.

Au fait, l'indication donnée par la forte saillie osseuse du côté externe de l'articulation tarso-métatarsienne et la direction de l'incision déjà faite à la peau sont plus que suffisantes pour éloigner toute crainte de s'égarer sur ce point si utile, en déplaçant, dans le changement subit de main, le doigt qui le tenait marqué.

Mon pouce droit ayant donc remplacé mon médius gauche, et l'index gauche le médius droit, j'entrai dans le côté externe de l'articulation, le tranchant porté, suivant le précepte de M. Lisfranc, dans la direction d'une ligne qui serait

conduite du point où je pénétrais dans la jointure à celle du gros orteil avec le premier métatarsien.

Le reste de l'opération marche comme de soi-même aussitôt que la ligne articulaire est ouverte dans toute sa longueur.

L'avant-pied fut de suite renversé sans effort par ma main droite. La gauche, sans changer l'instrument malgré la brièveté de sa lame, dont la pointe, promenée largement sur les ligamens inférieurs de l'article, les avait divisés, et dont le tranchant détacha ensuite toutes les chairs adhérentes à l'extrémité postérieure de la grille osseuse désarticulée, en ayant soin d'éviter les tubérosités des premier et cinquième os du métatarse, et glissant sous la rangée osseuse dont il rasait la surface inférieure, tailla, avec la plus grande facilité, un ample lambeau à peu près quadrilatère.

Il est aisé de voir que je l'avais fait ainsi, parce que l'étendue de la maladie de l'avant-pied m'ayant beaucoup restreint pour le lambeau supérieur, je n'en voulais pas moins tout recouvrir avec les chairs, pour diminuer d'autant la douleur consécutive, et m'appliquer en même temps à cicatriser la plaie par première intention, comme j'y suis parvenu.

L'endurcissement tant soit peu lardacé de la peau du coude-pied, dont on a vu plus haut le manque de rétraction, ne m'en ôtait nullement l'espoir, car, bien avant que M. Lisfranc eût communiqué ses faits de bonnes cicatrisations obtenues après avoir amputé dans des tissus lardacés, j'avais déjà obtenu moi-même, en présence et assisté de mon jeune élève, actuellement mon confrère Viardin, un résultat tout pareil sur le nommé Claude Collot, boucher de cette ville.

Les ligatures, faites au nombre de cinq, ne présentèrent aucune difficulté.

Je n'avais pas encore recouru alors, comme je l'ai fait depuis avec succès, au moyen hémostatique de M. Amussat.

Les surfaces articulaires découvertes par l'opération se montrèrent on ne peut plus saines.

Dans le pansement, j'affrontai donc exactement mon lambeau plantaire à la section de la peau du coude-pied. Je l'y maintins solidement affronté par des bandelettes agglutinatives, et je laissai, pour faciliter l'écoulement des fluides surabondans, les fils un peu longs et rassemblés des ligatures, dans la commissure externe de la plaie réunie. Enfin je fis placer sur ce même côté la jambe opérée à demi fléchie et un peu soulevée par un coussin de balles d'avoine.

Après une cicatrisation d'abord rapide, ensuite un peu entravée, mais dont la marche est entièrement sans intérêt à détailler ici, j'ai eu pour résultat de mon opération l'entière disparition des douleurs qui suppliciaient mon pauvre scrofuleux, et la consolidation d'une moignon très-avantageusement conformé. Cet avantage de conformation me paraît surtout saillant quand je compare le moignon que j'ai obtenu à celui d'une jeune fille de cette ville, anciennement opérée à Paris, dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne, avec un plein succès, par M. le professeur Richerand.

Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, Terrenoir est retourné à sa chaumière natale. Je m'y arrête de temps en temps dans mes vacations hors ville. Je l'y ai revu souvent, et l'ai trouvé chaque fois comme il se trouvait lui-même, fort bien.

Je n'en continue pas moins à lutter sans relâche, par l'entretien d'un cautère que je fis établir à sa cuisse après mon opération, par la continuation de l'usage des amers et des autres moyens thérapeutiques usités dans le traitement des scrofules, combinés avec les règles de l'hygiène, contre la fatale apparition de quelque nouvelle tumeur ou ulcération fistuleuse.

En définitive, j'ai toujours lieu de redouter pour ce jeune homme, que je surveille avec un intérêt particulier, ce que je vois journellement survenir chez tant d'autres originaires et habitans de Troyes ou de ses alentours; car on peut encore affirmer ce qu'un praticien observateur de cette contrée en a écrit il y a bientôt un demi-siècle : *Apud nos grassantur tumores scrofulosi.*

Quoi qu'il en soit, l'opération pratiquée à Terrenoir, en lui conservant une jambe, à la perte de laquelle il se résignait, nous rappelle d'abord ce qu'il est toujours bon de ne pas laisser oublier, que l'art chirurgical, perfectionné de nos jours, se montre de plus en plus conservateur, jusque dans les mutilations dont il admet la triste nécessité.

Le même fait rappelle aussi et recommande aux praticiens l'excellence du procédé opératoire de M. Lisfranc pour la désarticulation tarso-métatarsienne.

NOTE SUPPLÉMENTAIRE.

Il y avait environ un an que j'avais fait modeler sur nature ce pied tronqué, fort bien cicatrisé, voulant ainsi pouvoir montrer, sans faire voyager Terrenoir, la forme avantageuse du moignon obtenu, et en joindre le modèle à d'autres plâtres aussi relatifs à des cas de chirurgie conservé dans mon cabinet.

L'état de rétablissement de l'opéré se soutenait au mieux, quand une circonstance, qui eût pu être bien moins grave pour d'autres, le devint cruellement pour lui.

En se laissant glisser du dos d'un âne qui le porte dans les bois, où l'appelle souvent sa profession de sabottier, le pied opéré de Terrenoir aborda brusquement le sol en heurtant à faux la pente d'une inégalité de terrain. Ce choc occasiona une torsion momentanée accompagnée et suivie de douleur dans l'articulation tibio-tarsienne.

Notre pauvre scrofuleux en tint d'abord peu de compte, n'étant pas plus mémoratif qu'enclin à s'observer beaucoup, malgré mes recommandations les plus formelles à cet égard.

Il n'en fallut pourtant pas davantage pour provoquer, dans cette partie articulaire, un désordre de la même nature que ceux qui lui avaient déjà coûté, à deux ans d'intervalle, et le doigt annulaire de la main gauche, et l'avant-pied du même côté.

Force lui fut, au bout de quelque temps, de revenir à l'hôpital.

Des tentatives de guérison, dont le détail serait sans doute d'un trop faible intérêt pour en alonger ce supplément d'observation, ne purent, en définitive, que me confirmer davantage, ainsi qu'à mes confrères réunis, la triste nécessité de l'amputation de la jambe.

Je pratiquai cette amputation dans la continuité des os

par la méthode circulaire, à trois travers de doigt de la tubérosité du tubia.

L'opéré fut pansé comme je le trouve généralement avantageux, c'est-à-dire en tâchant d'obtenir la réunion par première intention.

Cette réunion n'eut certes pas lieu avec la rapidité de celle dont l'exemple est emprunté à ma pratique par M. le docteur Serre, dans son *Traité de la réunion immédiate*, p. 50. Rien cependant ne l'entrava notablement; car, un mois après cette ampulation, la cicatrice était bien fermée.

Depuis lors, l'état de Terrenoir paraît satisfaisant. Le système pileux s'est abondamment développé chez lui, surtout à la surface et au pourtour de son moignon. Il a voulu absolument supprimer son cautère, parce qu'il le gênait dans son travail assez fatigant, auquel il a l'avantage de se livrer habituellement en plein air, et je n'ai pas eu lieu de regretter cette suppression jusqu'à présent : tout montre enfin sa santé raffermie.

Quoi qu'il en soit, les chances nombreuses de pareilles récidives chez un sujet comme Terrenoir, fortifient beaucoup à mes yeux, les motifs que l'on a presque toujours d'ailleurs, de conserver autant de parties qu'on le peut en opérant.

Ce jeune homme, actuellement dans sa vingt-septième année, pourrait en effet très-bien, malgré ses mutilations, ou plutôt grâce à elles, atteindre à un âge avancé. Il suffirait pour cela que les tumeurs et caries scrofuleuses qui, par malheur, lui surviendraient encore, fussent limitées comme l'ont été celles qu'il a eues jusqu'à présent, et que, surtout, leur situation vers l'extrémité libre d'un membre thoracique ou pelvien en permit chaque fois la guérison, car enfin c'en est une, par le retranchement des parties qui en seraient le siége.

Note sur la fréquence des calculs vésicaux en Égypte et sur la méthode employée par les chirurgiens arabes pour en faire l'extraction, suivies de réflexions sur les résultats de trente-huit opérations de cystotomie, pratiquées

PAR CLOT-BEY,

Docteur en médecine et en chirurgie, inspecteur du service de santé des armées de S. A. le vice-roi d'Égypte, membre du conseil général de santé, directeur de l'École de Médecine d'Abou-Zabel.

La pierre est une affection très-commune en Egypte, quoi qu'en aient dit la plupart des médecins de notre époque qui ont écrit sur les maladies de cette contrée. Tout nous porte à croire qu'elle y est connue depuis fort longtemps; et, à part les témoignages authentiques de quelques auteurs, nous avons à l'appui de cette vérité un assez grand nombre de manuscrits arabes qui traitent de cette maladie.

Prosper Alpin, dans son Traité *de la Médecine des Égyptiens*, a signalé la fréquence de la pierre dans cette contrée : il dit que ses habitans y sont prédisposés par *l'irritation* et *la faiblesse* des reins, occasionée et entretenue chez eux par l'abus immodéré des plaisirs vénériens auxquels ils sont très-portés; il attribue la formation des calculs à la terre contenue dans les eaux qui leur servent de boissons, sans avoir été clarifiées.

Les médecins de l'expédition française ne paraissent pas avoir remarqué la fréquence de cette maladie, ce que nous attribuons au peu de rapports qu'ils avaient avec les habitans.

Dans l'espace de quatre ans, j'ai été à même d'observer un grand nombre de calculeux, et je me suis convaincu qu'ils étaient presque tous habitans de la Basse-Égypte, hors quelques-uns de la partie centrale de cette contrée. Je n'ai jamais observé cette affection chez les Nubiens, ni chez les Abyssiniens : il paraît même, d'après les renseignemens que j'ai pris, qu'ils sont très-peu, ou peut-être point du tout sujets à cette maladie.

Dans l'énumération des causes qui rendent cette affection plus fréquente dans la Basse-Égypte que dans l'Égypte Supérieure, je signalerai l'humidité de l'air et l'insalubrité des eaux. Le sol, moins élevé, de cette province, est couvert d'eaux stagnantes et bourbeuses qui servent de boissons à ses habitans, sans avoir été préalablement filtrées, si ce n'est par quelques personnes de la classe aisée qui usent de cette précaution et sont généralement exemptes de cette maladie. Il est d'ailleurs remarquable que les hommes sont beaucoup moins robustes dans cette partie de l'Égypte, et que les affections morbides y sont beaucoup plus communes.

Les Arabes sont confians à l'excès dans le secours de la médecine; leurs prétendus médecins, qui sont aussi ignorans dans la connaissance des propriétées des médicamens, que dans celle du corps humain, attribuent à certains breuvages la propriété de dissoudre la pierre de la vessie. Ils compteraient même, à les en croire, beaucoup de succès. Leur erreur a sa source et dans l'ignorance et dans le charlatanisme, qui, à défaut de moyens sûrs pour reconnaître l'existence de la pierre, donnent le nom de maladies calculeuses aux diverses affections des voies urinaires; et quand les médecins du pays ne sont pas dupes eux-mêmes de cet erreur, ils voient leur intérêt à l'accréditer chez leurs malades.

Je voulus m'assurer de la nature de leurs moyens dont ils font un secret, en invitant les plus renommés d'entre eux à se réunir à l'hôpital d'Abou-Zabel, et quand j'eus acquis la certitude que les substances qu'ils emploient (légère dissolution d'une pierre calcaire dans une petite quantité de suc citrique) ne pouvaient compromettre la santé des malades que je leur confiais, je soumis deux calculeux à leurs expériences, après leur avoir fait reconnaître l'existence du calcul au moyen de la sonde.

Au bout de quinze jours de ce traitement, je pus leur démontrer que les calculs étaient restés intacts.

Du reste, presque tous les Traités de Médecine arabes vantent l'efficacité des médicamens lithontriptiques.

L'opération de la taille est cependant connue et pratiquée par les Egyptiens; ils emploient deux méthodes : l'une périnéo-vésicale, qui est, à très-peu de chose près, celle de *Celse*, et l'autre qui se pratique par le rectum. J'avais vu plusieurs individus opérés par des chirurgiens du pays. Désirant être témoin de la manière dont ils exécutaient cette opération, je réunis à l'hôpital d'Abou-Zabel ceux qui jouissaient de la plus grande réputation.

Les chirurgiens qui pratiquent la lithotomie en Egypte,

s'adonnent exclusivement à cette branche de la chirurgie.

Dans la première méthode, ils portent l'indicateur et le médius de la main gauche dans l'anus, les enfoncent autant qu'il le faut pour sentir et saisir la pierre qu'ils ramènent et font saillir au devant du périnée où ils incisent sur elle avec un rasoir, les uns perpendiculairement sur le raphé, les autres obliquement en se dirigeant sur l'ischion. L'opération terminée, ils pansent la plaie simplement, on pratiquent la suture de ses lèvres.

Dans la méthode par le rectum, ils introduisent également deux doigts dans cet intestin pour fixer le calcul, font glisser dans leur intervalle un rasoir à lame étroite, et incisent sur ce corps. Dans ces deux méthodes, ils se servent des doigts, ou d'un crochet mousse pour extraire la pierre.

En général, peu de malades succombent à la suite de ces opérations; mais elles sont presque toujours suivies d'une fistule ou d'une incontinence d'urine.

Les Arabes ont encore un autre moyen qu'ils disent très-sûr pour extraire les calculs d'un petit volume : l'insufflation de l'air ou moyen d'un tuyau. Lorsqu'ils supposent que la poche urinaire est suffisamment distendue, ils retirent cet instrument, et en même temps qu'ils compriment la région hypogastrique, la bouche appliquée sur le gland, ils aspirent avec force l'air contenu dans la vessie. Ils prétendent que l'effort que fait ce fluide pour échapper, aidé par l'aspiration, entraîne avec lui le calcul. Beaucoup d'autres emploient seulement la succion; mais, dans tous les cas, la supercherie vient en aide à l'opérateur ignorant qui a mis d'avance un caillou dans sa bouche. Un grand personnage du pays me montra soixante de ces prétendus calculs, qu'il disait avoir été extraits par ce moyen. C'étaient des pierres calcaires travaillées.

Il existe plusieurs Traités de Médecine arabe qui font mention des maladies calculeuses des voies urinaires, et qui (quoique écrit depuis plusieurs siècles), servent encore de guide aux chirurgiens indigènes.

Je vais rapporter la traduction de deux fragmens extraits, l'un du Traité de Chirurgie d'*Ali Ebn-el-Abbas*, et l'autre d'un autre Traité de *Ebn-el-Couff*, tous deux écrits depuis huit siècles.

« Nous avons déjà parlé, dit le premier auteur, de la formation de la pierre dans la vessie, au 1er livre de notre ouvrage, des signes qui en font reconnaître l'existence, et de son traitement thérapeutique. Nous avons déjà dit qu'il est essentiel d'essayer l'efficacité des remèdes internes dans cette maladie, et que s'ils n'étaient d'aucun secours, il faudrait recourir au fer, à l'incision pratiquée sur le calcul même auquel l'on fait faire saillie, et enfin, à l'extraction.

» Tu dois savoir que la cure de cette maladie, chez les enfans qui n'ont pas atteint l'âge de puberté, est beaucoup plus facile que chez les jeunes gens, soit à raison de la souplesse de leurs organes, soit à raison de la facilité avec laquelle les instrumens pénètrent dans les parties soumises à leur action, ce qui hâte la cicatrisation des plaies. Mais si les jeunes gens offrent moins de chances de succès que les enfans, ils en offrent beaucoup plus que les vieillards, chez lesquels la cure devient très difficile, à raison de la rigidité de leurs organes et de la difficulté de la cicatrisation.

» Plus la pierre est volumineuse, plus l'opération est facile, parce que ceux qui sont porteurs d'un calcul considérable sont déjà habitués aux douleurs. Une autre raison est, que le poids considérable de la pierre facilite sa chute dan le bas-fond de la vessie. Si, au contraire, la pierre est petite l'opération est plus difficile, parce que son petit volume présente l'inverse des raisons que je viens d'exposer.

» Maintenant je vais t'enseigner la manière d'extraire la pierre : quand tu voudras pratiquer cette opération, tu ordonneras à une personne de tenir le malade et de l'assujettir en le prenant par-dessous les aisselles, et le secouant à plusieurs reprises de haut en bas. Tu ordonneras au malade de sauter avec effort d'un lieu élevé ou de danser, afin que la pierre se porte vers le col de la vessie; tu le feras asseoir ensuite sur son derrière, les jambes fléchies sur les cuisses, les mains fixées au-dessous des genoux, afin que la vessie soit tout-à-fait inclinée en bas. Le malade placé dans cette position, et assujetti comme je l'ai dit, tu passeras la main sur l'hypogastre en exerçant une légère pression sur la vessie, tu exploreras entre les testicules et l'anus, et si tu sens la pierre, tu inciseras sur elle. Si tu ne la sens pas, tu dois introduire le doigt indicateur dans l'anus du malade, si c'est un enfant; et si c'est un homme, l'indicateur et le médius. Après avoir exploré la vessie, si tu rencontres la pierre, ramène-là vers le col de cet organe et presse-la sur ce point en la poussant en dehors pour la faire saillir. Tu ordonneras à une autre personne de relever les testicules du patient et de les porter du côté droit. Tu prendras l'instrument tranchant, et tu incisera entre l'anus et les testicules, non sur la partie moyenne, mais en te dirigeant vers la partie gauche de la cuisse. L'incision doit être oblique pour que l'ouverture soit large et proportionnée au volume du calcul. Alors, si le doigt engagé dans l'anus ne cesse pas de presser sur la pierre, elle sortira d'elle-même après l'incision, sans avoir recours aux instrumens propres à l'extraire. Si elle ne sortait pas, tu emploierais l'instrument. L'opération terminée, tu mettras sur la plaie de la *poudre jaune* et autres substances utiles en pareil cas. Tu appliqueras une compresse sur la plaie, et termineras le pansement avec le bandage qu'on appelle *bride*.

» S'il survient une hémorrhagie, tu mettras sur la plaie une compresse trempée dans le vinaigre et l'eau de rose. Tu recommanderas au malade de reposer sur le dos, et de mouiller par intervalle les compresses avec lesdites liqueurs. Au troisième jour, tu enleveras l'appareil, tu appliqueras de l'*onguent noir* sur la plaie et remettras le bandage. Le malade doit uriner à chaque instant pour ne pas laisser accumuler l'urine dans la vessie, ce qui retarderait la cicatrisation. Si les parties taillées s'enflammaient et qu'il survînt un gonflement, il faudrait oindre avec les médicamens appropriés les alentours de la plaie, et verser dans son ouverture un mélange d'infusion de camomille et d'essence de rose, ou bien du beurre tiède. Tu auras soin de faire tenir au malade les cuisses rapprochées pour favoriser le séjour des médicamens dans les parties malades. Quand la plaie devient ulcéreuse, et qu'il survient la corruption, la gangrène, il faut combattre ces accidens par les moyens appropriés, et, si Dieu veut, le patient guérira.

» Si la pierre était petite, et qu'elle s'engageât dans le

canal de l'urètre, il faudrait inciser la verge au point du canal correspondant au calcul, et l'extraire après avoir préalablement fait deux ligatures, l'une au-dessous et l'autre au-dessus de la pierre : l'inférieure empêchera le retour du calcul dans la vessie et la supérieure favorisera le recouvrement des parties incisées par les tégumens. La pierre extraite, on détachera les ligatures, et si on trouve dans la plaie du sang coagulé, on appliquera les médicamens cicatrisans. »

Je ne ferai que la citation suivante du second auteur *Ebn-el-Couff* :

« Si une femme est attaquée de la pierre, dit-il, et que tu veuilles l'extraire, tu choisiras une sage-femme intelligente, tu lui ordonneras d'introduire un doigt dans l'anus de la malade si elle est vierge ou enceinte, et si elle n'est dans aucun de ces deux états, tu lui recommanderas de l'introduire dans le vagin, et de rechercher la pierre pour la ramener vers le col de la vessie. Tu opéreras pour le reste comme chez l'homme. »

Ces deux fragmens donnent une idée de ce qui est écrit dans les divers traités arabes sur l'opération de la taille. Les mêmes détails, les mêmes erreurs sont répétés dans tous les autres. On est convaincu par leur lecture que tout ce qui a été dit après Avicenne, n'est qu'une compilation de son ouvrage, auquel on n'a rien ajouté depuis et qu'on a même défiguré.

Malgré les recherches que j'ai faites, je n'ai rien trouvé d'écrit sur la manière d'extraire la pierre par le rectum. Il est probable pourtant qu'il existe des documens que je ne désespère pas de découvrir plus tard. Cette méthode est connue depuis longtemps, puisque les personnes à qui je l'ai vu mettre en exécution sont d'un âge avancé et disent la tenir de leurs pères, qu'ils assurent n'en avoir pas été eux-mêmes les inventeurs.

La lithotomie se transmet héréditairement en Egypte de père en fils, et continue ainsi à être pratiquée par certaines familles.

Quant à la préférence que les Arabes accordent généralement à la méthode par le rectum, ils la fondent sur la facilité qu'elle offre d'extraire des calculs d'un volume très considérable, et sur l'avantage d'éviter les hémorrhagies.

NOTES.

Résultats de 38 opérations de cystotomie.

J'ai vu, pendant mon séjour dans cette contrée, un très-grand nombre de calculeux. Soixante ont été opérés dans les divers hôpitaux dans l'espace de quatre ans. J'en ai opéré moi-même quarante à l'hôpital d'Abou-Zabel, et, puisqu'il s'en est trouvé un si grand nombre chez les militaires, tous choisis par des sujets jeunes et robustes, pour qui cette affection constatée est un motif d'exemption du service militaire, on peut sans témérité en induire qu'elle est très répandue en Égypte.

Je crois inutile de rapporter en détail l'histoire des opérations que j'ai pratiquées ; l'authenticité de ces faits est garantie par le témoignage des officiers de santé qui y ont assisté et les ont recueillis. Mais la fréquence des cas m'ayant mis à même d'expérimenter les diverses méthodes adoptées par les chirurgiens célèbres de notre époque, et d'estimer le degré de confiance qu'il faut accorder à chacune d'elles, j'ai cru devoir énumérer les résultats des opérations que j'ai pratiquées à l'hôpital d'Abou-Zabel.

Sur 38 opérés, 11 ont été guéris du 7e au 10e jour, 16 du 11e au 20e, 8 du 22e au 30e, 4 du 32e au 40e et 1 au 50e. Deux seulement sont morts, dont un était évidemment dans le marasme à son entrée à l'hopital. Trois sont sortis avec des fistules vésico-rectales.

Des résultats aussi avantageux paraîtront peut-être extraordinaires ; je suis loin toutefois de les attribuer à l'habileté de l'opérateur : on en trouvera la raison dans le climat de cette contrée, si favorable à la guérison des plaies de toute espèce, et dans le peu d'irritabilité de la constitution des individus. Cette remarque a été faite avant moi par divers médecins de l'expédition française, et entre autres par M. le baron Larrey.

Quant à l'appréciation des diverses méthodes proposées pour l'opération de la taille, je n'entrerai pas dans les longues discussions qu'un pareil sujet pourrait exiger ; je me bornerai à quelques réflexions que la pratique m'a suggérées.

Parmi les diverses méthodes proposées pour l'extraction des calculs vésicaux, la taille sous-pubienne m'a paru mériter la préférence sur celle du haut appareil. La taille hypogastrique expose trop à la lésion du péritoine, et par suite à l'épanchement dans le bas-ventre. Bien que cet accident survienne très rarement, on a à craindre au moins de voir développer l'inflammation de cette membrane, ce qui est toujours une circonstance des plus graves. La difficulté d'arriver à la vessie chez les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint, le danger des infiltrations urineuses qui sont souvent mortelles, ajoutent encore aux inconvéniens de cette méthode. Je ne prétends pas dire pourtant qu'elle doive être tout à fait rejetée, mais je pense qu'elle peut être avantageusement suppléée, même dans les cas où le volume considérable du calcul semble devoir la faire préférer, et je crois que c'est précisément alors qu'elle présente le plus de dangers. Ce sont ces diverses raisons qui m'ont engagé à ne pas y avoir recours.

La méthode recto-vésicale de M. Sanson jouissait d'un telle vogue lorsque j'ai commencé à opérer la taille, se avantages me parurent si vrais, son exécution si facile, les dangers auxquels elle expose si légers, que je crus devoir débuter par celle-là. J'ai pratiqué cinq fois la lithotomie par cette méthode, une fois par le second procédé de M. Sanson, et quatre fois par le premier du même auteur, modifié par le professeur Vacca.

Dans tous les cas, elle m'a paru d'une exécution facile, et j'ai extrait des calculs volumineux sans résultats funestes ; mais, sur cinq individus opérés, trois sont restés sujets à des fistules, et je ne crois pas avoir été en cela plus malheureux que les autres opérateurs qui ont eu recours au même procédé. L'expérience m'a conduit à lui en préférer une autre, sans prétendre toutefois que la question soit suffisamment jugée, et sans méconnaître d'ailleurs les avantages réels que la méthode recto-vésicale présente dans plusieurs cas.

La taille latéralisée est sans contredit la plus généralement adoptée et celle qui compte le plus de succès jusqu'à nos jours, quels que soient les procédés par lesquels on l'exécute. J'en ai expérimenté trois : l'un avec le lithotome caché, l'autre avec le seul bistouri, et le troisième en un seul temps.

Les résultats de ces procédés ont été à peu de chose près également avantageux; mais le procédé en un seul temps m'a offert des guérisons plus rapides, et à cause de cela me paraît préférable aux deux autres. Aussi y ai-je eu recours plus souvent; il est vrai qu'il exige plus d'habitude chez l'opérateur, mais il offre les avantages d'abréger la durée de l'opération, d'épargner des douleurs au patient, d'inciser plus nettement les parties, de prévenir ainsi les infiltrations, et d'amener par conséquent des guérisons plus promptes.

La méthode de Vacca, que j'appellerai raphéovésicale ou simplement raphéale, est encore récente, ou du moins je ne sache pas qu'elle ait été pratiquée en France. Elle ne l'a été même qu'un petit nombre de fois par son auteur. La lecture de cette méthode et des discussions auxquelles elle donna lieu entre celui-ci et le célèbre Scarpa, me portèrent à réfléchir sur les avantages qu'elle pouvait présenter et que je ne tardai pas à lui reconnaître. Je l'ai mise onze fois en exécution. Sans entrer dans les divers motifs qui me paraissent lui donner une supériorité sur les autres méthodes, motifs très-bien énoncés dans la dissertation de l'auteur, je ferai observer que le calcul est extrait par le point qui offre le plus d'étendue entre les deux ischions, qu'il n'y a à craindre la lésion d'aucun vaisseau important, et que le rectum ne peut que difficilement être blessé.

Quant aux inconvéniens qu'on lui reproche, ils me paraissent se réduire à la lésion des conduits éjaculateurs; mais outre qu'on y est aussi exposé dans la plupart des autres procédés, je ne crois pas cette lésion très-grave, attendu qu'on ne peut intéresser qu'un de ces conduits, et qu'il n'est pas d'ailleurs démontré qu'après avoir été divisé il ne puisse se rétablir.

Privé du lithotome à double lame de M. Dupuytren, je n'ai pas pu employer la méthode bilatérale de ce célèbre chirurgien.

Quant à l'instrument lithotriteur, bien que je ne l'aie pas encore à ma disposition, le raisonnement et les expériences déjà faites par d'autres, m'en démontrent assez et les inconvéniens et l'insuffisance dans une foule de cas.

Cet instrument ne peut être employé chez les personnes qui ont le canal de l'urètre d'un diamètre étroit, dans l'état normal ou par suite de maladie. Cette même raison en interdit l'usage chez les enfans. La dureté ou le volume considérable du calcul résiste à l'action mécanique de cet instrument. Il est très dangereux de l'employer chez des personnes atteintes d'un catarrhe de la vessie, cas malheureusement très communs, où des manœuvres réitérées peuvent occasioner une cystite si violente qu'il serait à craindre de voir le malade succomber aux suites de l'opération. La simple application de l'instrument lithotriteur n'est pas sans danger; il suffit d'en alléguer pour preuve que des praticiens recommandables ont arraché des lambeaux du réservoir urinaire en pratiquant la lithotritie. Enfin, comment acquérir la certitude d'avoir extrait tous les fragmens du corps étranger? Il y a plusieurs exemples de calculeux opérés par cet instrument qui ont souffert très-peu de temps après l'opération de la même maladie.

Malgré ce que je viens de dire, je ne prétends pas que cet instrument soit inutile dans tous les cas; mais je suis convaincu que ses partisans en ont une idée trop favorable; peut-être est-il réservé au temps de le perfectionner et d'en étendre l'usage.

DE LA RHINOPLASTIE,

Art de restaurer *complètement le nez à ceux qui l'ont perdu accidentellement ou par suite de maladie, opération également applicable à ceux qui viennent au monde privés de cet organe;*

Par M. L. LABAT,

Docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte, membre de plusieurs Sociétés médico-chirurgicales, *etc.*

« Pratiquée par M. L. Labat, dans le courant » du mois d'octobre dernier, cette intéressante » opération a été couronnée du plus heureux » succès, et c'est vers la fin de décembre de la » même année, que le nommé *Lanelonuge*, pré- » senté au public de cette ville, a éprouvé une » satisfaction bien vive par la peine qu'on a eue » d'abord à le reconnaître. »

(Extrait du journal de la ville d'Aix, départem. des Bouches-du-Rhône, n° 7, 16 février 1828, page 6) (1).

(Premier article.)

INTRODUCTION.

La perte complète du nez, ou d'une partie de cet organe, produit une difformité si pénible à voir, que de tous temps les rhinomètes (2) ont été un objet de dégoût pour la société (3). Aussi, dès la plus haute antiquité, et dans presque tous les pays, ce genre de mutilation fut-il un des châtimens les plus redoutables appliqués aux grands criminels.

L'histoire complète des nez coupés serait trop longue à

(1) M. le maire, désirant constater un fait aussi curieux, a voulu qu'il fût consigné sur le registre des passeports.

(2) Individus sans nez.

(3) L'histoire rapporte qu'Eusèbie, abbesse du monastère de St-Cyr, à Marseille, et les 40 religieuses de son couvent se mutilèrent le nez pour se soustraire aux désirs impudiques des Sarrazins qui s'étaient emparés de la ville. Ces féroces vainqueurs en furent tellement outrés, qu'ils les mirent toutes à mort.

Un grand nombre de femmes et de jeunes filles anglaises se défigurèrent horriblement et de la même manière, afin d'empêcher les Danois, devenus maîtres de leur pays, d'attenter à leur honneur. (*Chron. angl.*)

B.

faire, et nous obligerait à trop de détails, tant la matière est riche sur ce sujet. Bornons-nous donc à esquisser rapidement l'historiographie ancienne et moderne de cette étrange coutume.

Diodore de Sicile rapporte que « par ordre d'Actasan, on » coupa le nez à tous les habitans de Kistipoor, même aux » enfans à la mamelle, afin de punir toute cette race de » brigands et leur en laisser une trace indélébile ; il sur- » nomma leur ville Nasica-Topoor, et comme ils demeu- » rèrent incorrigibles, il finit par les expulser de ses états, » Ils se réfugièrent alors vers Oreb, qui depuis lors s'ap- » pela Rhinocolure. »

Chez les Égyptiens, les Grecs et les Romains, la loi infligeait ce terrible châtiment aux adultères, et pour surcroît de bizarrerie, accordait aux maris outragés le soin de se faire justice eux-mêmes. C'est assez nous dire que ces messieurs devaient s'en acquitter de manière à ne laisser aucun vestige du nez. Sixte-Quint faisait abattre le nez aux voleurs et aux bélitres qui infestaient Rome et sa banlieue ; ce qui prouve qu'autrefois ce châtiment était aussi commun en Italie que dans les Indes, où il est toujours en usage depuis un temps immémorial (1). En Angleterre, la reine Élisabeth, dont le grand nez est devenu historique, fit ordonner par un bill de réforme, qu'on coupât les oreilles et le nez à tous ceux qui parleraient mal de sa personne et de son gouvernement. Dans ce même pays, qui pourtant devait être plus tard le berceau de la liberté, le chevalier Cowentry s'étant permis une raillerie trop amère sur le compte de Charles II, le monarque indigné lui fit couper le nez. En Prusse, Frédéric II le fit impitoyablement abattre à un noble Séquanien, qui s'était plaint avec fierté d'avoir été enrôlé par le dol. Qui ne connaît l'histoire de cette femme d'un notaire de Paris qui, poussée par un étrange mouvement de jalousie, arracha le nez à une pauvre bouchère, sa rivale?

L'histoire physique et morale du nez offre un très-haut degré d'intérêt. Le bon Hérodote, qui ne mentait pas toujours, prétend que dans le langage symbolique des prêtres d'Iris et d'Osiris, la figure du nez signifiait un homme sage et prévoyant. *Athènes* et *Rome* qui reçurent en héritage une partie des lois, usages et beaux-arts de la vieille Égypte, eurent aussi une grande considération pour les beaux nez : on y aimait de préférence ceux qui l'avaient long et carré au bout, *longus quadratusque nasus ;* tel était le nasum ciceronianum. Nous sommes forcés d'admettre aussi qu'Ovidius *naso* et Scipion le *nasifique* devaient être bien partagés.

En France, comme dans toute l'Europe moderne, on a su apprécier toujours ce que vaut un beau nez grec ou romain. En général, on ne l'aime point quand il est petit (camard ou carlin). On mésestime un punais et l'on abhorre un homme sans le nez ; le rithnomète est un vrai sujet d'effroi pour les femmes et les enfans. Dans notre langage familier, le substantif *nez* joue un si grand rôle que nous l'employons très-souvent pour désigner la personne entière. Ainsi l'on dit *il a bon nez*, d'une personne avisée ; *on lui a donné sur le nez*, d'un individu qui aura été mortifié ou battu ; *se casser le nez*, d'un autre qui n'aura pas réussi ; *rire au nez*, se moquer de quelqu'un, etc. ; enfin cette étrange synechdoque, où l'on prend la partie pour le tout, est d'un usage si fréquent que nous l'avons sans cesse à la bouche, et qu'à tout instant je la vois s'échapper de ma plume ; mais ce qui est plus singulier encore, c'est d'avoir poussé le prestige *nasomanique* au point d'appeler *nasillard*, *nasiloquus*, *homme qui parle du nez*, le pauvre mutilé qui est entièrement privé de cet organe, ainsi que les malheureux qui ne jouissent plus de son libre usage (les enchifrenés). Nous ne saurions mieux terminer notre petite excursion littéraire, qu'en rapportant le fait suivant que nous fournit l'histoire du grand Napoléon, qui a aussi payé son tribut à la parodie du du nez. « Un jour que M. de Pradt, archevêque de Malines, déraisonnait politique, comme à son ordinaire, et qu'il parlait en ma présence de ses projets extravagans, je me contentai de fredonner une partie de ce couplet si connu :

Où courez-vous, monsieur l'abbé,
Vous allez vous casser le nez ;

ce qui le déconcerta si fort qu'il ne put ajouter une parole de plus » (1)

Les beaux nez sont donc en grand honneur dans tous pays : mais comme il n'y a pas de règle générale sans exception, nous conviendrons de bonne foi que *les Chinois* les aiment petits, *les Maures* camus, et *les Tartares* l'écrasent à leurs enfans, parce que, disent-ils, c'est folie de porter un nez devant les *yeux*.

Histoire de la Rhinoplastie (2).

La difformité provenant de l'absence du nez peut être congéniale ; ce cas, quoique très-rare, a été observé plusieurs fois ; mais le plus souvent elle est accidentelle. Les causes ordinaires de ces mutilations, sont les coups de sabres, d'armes à feu, et autres instrumens vulnérans, ainsi que l'action destructive de certains ulcères vénériens, cancéreux, dartreux, etc., ou bien d'un froid très-rigoureux.

L'absence de cet organe donne non-seulement un aspect

(1) En 1824, étant à Foha, dans la Basse-Egypte, et rencontrant au bazar quantité de gens sans nez, je demandai la cause de ces nombreuses mutilations ; voici ce que me répondit mon guide. « *Foha, la ville des fruits, comme l'indique son nom arabe, est aussi la patrie et le repaire des plus effrontés larrons du pays. La cité serait inhabitable si la loi, plus sévère ici que partout ailleurs, ne mutilait les principaux voleurs afin d'intimider les autres.* » Mon cicerone arabe, continuant sa narration, ajouta malignement *que le plaisir illicite qu'on prend avec la femme d'autrui étant considéré par eux comme le plus grand des larcins qu'on puisse commettre, le même genre de punition était infligé au coupable.* Si mon cicerone avait compris le latin, c'eût bien été le cas de lui répondre comme le bon Musianus.

Si mœchis rasum mos esset tollere nasum,
Multi per mundum sine naribus esset eundum.

Sous le gouvernement actuel de Méhémet-Ali, cette abominable coutume, ainsi que l'affreux supplice du *pal*, ont été entièrement abolis.

(1) Œuvres choisies de Napoléon Bonaparte, tome 6e, page 30, article de Pradt, ex-archevêque de Malines.

(2) Dérivé de deux mots grecs : *rhino*, nez, *plasto*, façonner, former.

hideux, mais encore à l'inconvénient de nuire à la prononciation de certaines lettres, de diminuer l'odorat, et de mettre les fosses nasales en rapport trop direct avec l'air et les corpuscules qu'il contient.

Les causes destructives du nez étant très-multipliées, on concevra facilement que les occasions de les restaurer auront dû se présenter souvent aux chirurgiens. Cette opération, originaire de l'Inde, où depuis un temps immémorial on coupe beaucoup de nez, est un des plus beaux triomphes de la chirurgie. La main de l'homme produisant à volonté un organe détruit, semble le faire participer au génie du créateur. Les premiers essais rhinoplastiques tentés en Europe parurent si extraordinaires aux chirurgiens du moyen-âge, que la plupart d'entre eux en nièrent la possibilité d'exécution (1). Il n'a fallu rien moins que les fréquentes occasions qui se sont présentées de pratiquer cette opération et les nombreux succès que l'on a obtenus, pour faire cesser l'incrédulité et le ridicule qu'on avait jeté sur ce genre de prothèse animée.

De la Rhinoplastie des anciens.

Puisque de tout temps et dans tous les pays il y a eu des nez coupés, ou détruits par suite de maladie, il n'est point étonnant que les chirurgiens de la plus haute antiquité aient essayé de les raccommoder. Ils réparaient l'organe détruit aux dépens de la peau du voisinage, et profitaient pour cela de toute la ductilité dont les joues sont susceptibles; lorsqu'ils ne pouvaient les étendre assez, ils y faisaient des incisions, ce qui facilitait le déplacement des tégumens. Galien, né en Asie, et qui vivait au commencement de l'ère chrétienne, parcourut l'Orient et séjourna nombre d'années à Alexandrie, rendez-vous de tous les savans de l'Europe et de l'Asie. Dans ses rapports avec les philosophes indiens, et dans la lecture de leurs ouvrages dont la collection était une des principales richesses de la bibliothèque de cette ville, le médecin de Pergame eut probablement occasion de recueillir quelques renseignemens sur les procédés nasifiques qu'employaient les Brahmines; mais ces prêtres indiens ayant soin, autant que possible, de ne jamais pratiquer cette opération en présence des profanes, Galien ne dut se procurer que des documens imparfaits.

Voici quel est le procédé opératoire qu'il conseille de mettre en usage. « Lorsque, par suite d'un ulcère ou d'une action vulnérante, le nez aura été détruit en parties ou enlevé en totalité, il faut en faire un nouveau, ou du moins recouvrir son emplacement aux dépens de la peau de la face. » (*Meth. med, lib. XIV, cap XVI.*) En conséquence, il propose de disséquer et de détacher la peau au pourtour du nez, de l'amener de droite et de gauche vers le lieu où on a besoin, pour l'y fixer par quelques points de suture; on ménageait ensuite d'une manière convenable l'ouverture des narines (2).

Celse dit même que si on prend la précaution de pratiquer de longues incisions verticales près des oreilles, il est beaucoup plus facile de ramener la peau vers la ligne médiane. *Non creatur ibi corpus, sed ex vicino adduntur, quod etsi in levi mutilatione fallere oculum potest, in magna non potest* (Lib. VII, cap. IX). Différens passages des œuvres de Paul d'Egine traitent de ces procédés rhinoplastiques. Nous croyons, par respect pour nos lecteurs, devoir nous dispenser de rapporter les ineptes essais que nous a transmis Olaus Magnus (1). Il ne s'agissait de rien moins que de remplacer le nez absent à l'aide de la chair d'une volaille vivante. La méthode de M. Dieffenbach n'est qu'un renouvellement de la *rhinoraphie* des anciens.

Rhinoplastie italienne.

Cette méthode, qu'on a aussi appelée Calabroise ou Tagliacozzienne, devrait plutôt porter le nom de Sicilienne, car ce fut un chirurgien de ce pays, nommé Branca, qui, deux siècles avant Tagliacozzi, la pratiqua le premier en Europe (2).

De tout temps la Sicile ayant été en relation commerciale avec les Indes, par l'intermédiaire de Suez et de la mer Rouge, ainsi que par la Syrie et Bagdad, il est très probable que c'est de l'Indostan qu'elle aura importé en Europe l'opération rhinoplastique. Tagliacozzi, professeur à Bologne, ne fit que répéter les expériences de Branca, de Balthazar Pavone, de Mongitoire et des Boiani (3) (famille qui, durant le quinzième siècle, s'était acquise, à Naples, beaucoup de célébrité dans l'art de racoutrer les nez et autres parties du corps). Vers la fin du siècle suivant, deux frères Boiani, de Tropea en Calabre, parcoururent l'Europe en restaurant des nez de tous cotés. Ils jouissaient d'une grande réputation, et acquirent d'immenses richesses. Si ces habiles racoutreurs eussent commencé leur tournée quelque années plus tôt, et qu'ils se fussent rendus en Danemarck, ils auraient pu refaire un nez au célèbre astronome Tycho-Brahé qui, en 1566, à l'âge de 20 ans, ayant perdu le sien par suite d'un coup de sabre qu'il reçut dans un duel, fut, à son grand regret, camard tout le reste de sa vie. Cela prouve qu'à cette époque, il n'y avait en Allemagne ni à Copenhague, aucun chirurgien qui connût ou qui osât pratiquer ce genre d'opération. Mais en 1587, Tagliacozzi ayant publié une brochure intitulée : *Epistola ad hieronimum mercurialem de naribus multo antè abcissis reficiendis*, cette publication fit grand bruit dans le public,

(1) Lisez les railleries spirituelles de van Helmont (*Opuscula medica*) et les déclamations de Junker *sur les opérations tagliacoziennes*, vulgairement appelées raccoutremens des nez.

(2) En 1820, une rhinoraphie de ce genre fut pratiquée, par M. le baron Larrey, sur un militaire grièvement blessé d'un coup d'arme à feu tiré dans la bouche. L'opéré fut présenté à la faculté de médecine de Paris, où tous les professeurs purent l'examiner. La cicatrice est exacte, uniforme, linéaire, et le nez a repris une conformation assez régulière pour que la physionomie du sujet n'offre rien de pénible à la vue. On peut lire les détails de cette intéressante opération dans le 55e cahier du Journal complémentaire du Dict. des Sciences méd. (mai 1821). Dans le tome 4 de ses campagnes, M. Larrey rapporte un autre cas absolument semblable : deux mois et demi après l'opération, le malade était bien portant et sans difformité sensible.

(1) *Historia de rebus mirabilibus*, etc.

(2) Ranzano, évêque de Lucera, ville du royaume de Naples, rapporte sous l'année 1442 que Branca, chirurgien sicilien, fut le premier qui pratiqua cette opération.

(3) Ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'ouvrage d'Antonio Molinelli : *Disquisitiones anatomo-pathologicæ*, publié en 1625.

acquit de la célébrité à son auteur, et donna lieu de croire qu'il était l'inventeur de la rhinoplastie. Ce ne fut qu'en 1597 qu'il fit imprimer sur cette matière un ouvrage ex professo : *Chirurgia nova de narium, aurium, labiorumque defectu, per insitionem cutis ex humero*. Après la mort de ce médecin, les magistrats de Bologne voulant honorer sa mémoire et transmettre à la postérité la méthode rhinoplastique dont on le croyait l'inventeur, lui firent ériger, dans l'amphithéâtre de l'Ecole de Médecine, une statue tenant un nez à la main.

Procédés opératoires de la rhinoplastie italienne.

En Sicile, dans la Calabre, à Naples, et dans toute l'Italie, on a pratiqué la rhinoplastie de plusieurs manières. Mais le procédé qui a été le plus généralement employé est celui dont Tagliacozzi nous a transmis les détails dans son traité de chirurgie sur *les difformités des narines, des lèvres et des oreilles*. L'opérateur, après avoir imité un nez avec une feuille de cire ou de papier, conduisait la face antérieure du bras du malade au devant des ouvertures nasales, pour étaler sur le point convenable du membre, le modèle dont il tournait le sommet vers l'épaule; on marquait la circonférence avec de l'encre, qui, aussitôt qu'elle était desséchée, permettait de circonscrire et disséquer avec beaucoup de précision un lambeau de peau que le chirurgien détachait de la pointe vers la base, qu'il avait soin de laisser adhérente. Une bandelette agglutinative, placée au-dessous, et légèrement serrée, servait à rapprocher les bords de la plaie (1). Après cette opération préliminaire, on incisait le contour des ouvertures nasales, ou du moignon du nez qui restait encore, le raccoutreur y appliquait le lambeau saignant qu'il fixait à l'aide de quelques points de suture, et qui recevant sa nutrition à la faveur de sa base, restée adhérente au bras, se cicatrisait par ses bords. On avait la précaution de fixer le membre thoracique au-devant de la face, à l'aide d'un bandage approprié, et pour ce genre de *prothèse*, il fallait que la main et l'avant-bras restassent appliqués sur la tête durant près de trente jours, afin que le lambeau de peau fût appliqué avec beaucoup de précision à la place du nez (2). Lorsque l'agglutination était solide, l'opérateur séparait totalement la base de cette portion de tégument, qu'il perçait de deux ouvertures pour simuler celles des narines; il y plaçait des bourdonnets de linge ou des canules de plomb, afin de les maintenir béantes, et achevait ensuite de donner une belle tournure au *nouveau nez*, ou tout au moins, tâchait de le régulariser le mieux possible. Tagliacozzi recommande surtout de ne pas ménager l'étoffe, disant qu'il valait mieux avoir un gros nez que de l'avoir *rabougri : meliùs est amptas gestare nares, quàm imminutas et deformes*.

Quelques chirurgiens de cette époque faisaient cette opération d'une toute autre manière. Ils pratiquaient, à la face antérieure et moyenne de l'avant-bras, une incision dans laquelle ils logeaient les bords du nez mutilé, qu'on avait rendus saignans et qu'on y fixait à l'aide d'un appareil convenable, qui ressemblait à celui mis en usage dans le procédé Tagliacozzi. Au bout de quinze ou vingt jours, lorsque l'adhérence était solidement établie, l'opérateur taillait et détachait de chaque côté deux lambeaux triangulaires, de la forme du nez qu'il voulait raccoutrer; il les réunissait sur la ligne médiane (dorsale), où ils ne tardaient point à se cicatriser en y produisant une sorte de raphé. Ils achevaient ensuite de donner à cet opercule des ouvertures nasales, l'aspect le mieux assorti à l'air du visage.

Graëff, chirurgien en chef de l'institution clinique de Berlin, et M. Delpech, professeur de chirurgie à l'École de Médecine de Montpellier, qu'un affreux assassinat vient d'enlever à la science, sont, parmi les opérateurs modernes, les seuls, à ma connaissance, qui aient mis en usage la méthode dite Tagliacozzienne. Les modifications qu'ils y ont apportées sont peu importantes pour le fond, mais d'un assez haut intérêt sous le rapport de l'exécution. Ces deux célèbres chirurgiens ont imaginé un appareil composé d'un gilet lacé, et surmonté d'un capuchon en forme de casque rabattu en arrière, et qui emboîte solidement la tête. Une manche de toile ou de peau, cousue sur le côté du corset, à droite ou à gauche, suivant le bras qu'on veut martyriser, soutient et enveloppe ce membre dans toute son étendue dorsale, tandis qu'elle laisse à découvert toute sa face palmaire. Cette espèce de gaine, qui, auprès du coude, donne attache à quatre grandes courroies, en présente encore deux autres plus courtes aux environs du poignet; les premières, à droite et à gauche, servent à relever et à fixer le bras et l'avant-bras vers la figure, en se fixant l'une sur le corset et l'autre au capuchon; tandis que les secondes ont pour objet d'attacher solidement la main sur le sommet ou à la partie postérieure de la tête, suivant qu'on emprunte la peau du bras ou de l'avant-bras. L'emploi de cet appareil est la principale amélioration que ces deux praticiens aient apportée dans l'application de l'opération dite Tagliacozzienne.

Graëff, après avoir employé une année entière pour sa première tentative rhinoplastique, a fini par adopter, ainsi que M. Delpech, un procédé beaucoup plus expéditif et plus rationnel que celui de Tagliacozzi. Mais quant à l'exécution, il n'en est pas moins vrai que, relativement à leur mode opératoire, ils sont restés tributaires du *nasifex* italien.

Afin de donner au lecteur une idée de la longue et pénible tentative à laquelle s'est livré le chirurgien de Berlin, lors de son premier raccoutrement, je ne saurais mieux faire que d'en rapporter un extrait analytique d'après M. le baron Percy :

« Ce fut sur un soldat prussien, nommé Michel Schurbring, lequel avait eu le nez coupé par un des nôtres, sous les murs de Paris, en 1814, que le docteur Graëff, entreprit d'en faire un nouveau. Il commença le 8 mars 1816, par inciser et disséquer une longue portion de la peau du bras, ce qui causa des douleurs et une inflammation très-vives qui se calmèrent à mesure que la suppuration s'établit dans la partie. La peau, sans avoir changé de couleur, se rétrécit d'un tiers, en s'épaississant dans la même proportion, et ses bords tendaient à se cicatriser; il détacha l'extrémité supérieure du lambeau qui, devenu d'abord pâle et froid, se ra-

(1) Lorsque la peau était trop mince, on faisait suppurer le lambeau avant de l'appliquer : il se crispait et ne tardait point à s'épaissir.

(2) Avant l'opération, on habituait le malade à l'action fatiguante de cet appareil.

lma peu à peu et fut mis en contact avec l'endroit où avait été le nez. Le bras fut alors élevé et lié à la tête; mais cette position, moins longue dans l'opération dite de Tagliacozzi qu'on ne l'avait dit, faute d'avoir bien compris cet auteur, fut encore abrégée par Graëff, qui, au bout de quatorze jours découpa la pièce de peau et la sépara entièrement du bras, auquel la liberté fut aussitôt rendu. Il fallut recourir à quelques points de suture, rafraîchir avec le bistouri quelques parties déjà cicatrisées ou devenues calleuses, en exciter d'autres par le moyen du feu; enfin tout alla assez bien, et l'on put former des narines et entretenir leurs ouvertures, d'abord avec des bourdonnets, et ensuite avec de petits cylindres de plomb. Ce ne fut qu'au bout d'une année que le pauvre Schurbring sortit de cette longue épreuve avec une apparence de nez qui lui causa tant de joie, et aux autres tant de surprise, qu'il prit le parti de se montrer au public pour de l'argent, avec la gracieuse permission de ses supérieurs. »

Quoique cette observation ne soit qu'un abrégé de celle consignée dans l'ouvrage de M. Percy, qui l'a extraite d'un long article de M. Huffeland qui, à son tour, n'avait inséré dans son *Journal de Médecine* qu'une analyse succincte de la longue narration rapportée dans la *Rhinoplastick* du docteur Graëff, on a besoin encore de reprendre haleine après le récit que nous venons d'en faire.

Cette lecture ferait presque croire à l'enfance de l'art chirurgical, et surtout à un défaut d'habileté de la part de l'opérateur, si sa réputation bien établie et ses nombreux services rendus à la science, ne le mettaient parfaitement à l'abri à cet égard.

Aussi Graëff s'est-il empressé de reconnaître tous les inconvéniens de ce procédé opératoire, dont le résultat avait été si chèrement acheté. Il lui en a substitué un autre qu'il a nommé *Méthode allemande*, et qui porte maintenant celui de l'opérateur. Elle n'a pas dû lui coûter de grands efforts d'imagination, puisqu'elle n'indique rien de nouveau; mais nous devons lui savoir gré d'avoir réduit l'opération Tagliacozzienne à des principes fixes et rationnels, à l'aide desquels il est parvenu à obtenir un prompt et brillant succès, qui fort heureusement, compense pour l'humanité le long et douloureux supplice qu'il a fait subir au malheureux *Schubring*.

Le lecteur verra avec plaisir, dans l'observation suivante, qui renferme tous les détails opératoires du procédé de Graëff, que ce chirurgien a été incomparablement plus expéditif et plus heureux dans cette occasion que dans la précédente.

Pour simplifier son opération et la rendre plus facile à exécuter, il a eu soin de la diviser en sept temps bien distincts.

« Auguste-Wilhelmine Braun, âgée de vingt-quatre ans, née et demeurant à Berlin, était affectée, depuis sept ans, d'un ulcère phagédénique qui avait rongé les ailes, la cloison et tout le tiers inférieur du nez, où l'on ne voyait plus que deux petites fentes qui correspondaient aux ouvertures des fosses nasales. L'opération fut entreprise et exécutée le 11 septembre 1817, suivant les derniers principes auxquels M. le docteur Graëff avait enfin réduit celle de Tagliacozzi : 1° On commença d'abord par former, avec du papier, un modèle de nez assorti à l'air de la figure. 2° On appliqua cette espèce de patron sur la face interne du bras, pour en tracer le tour, avec de l'encre, comme le font les Indiens, et comme Tagliacozzi l'a indiqué. 3° On incisa sur cette ligne, pour former le lambeau triangulaire qu'on disséqua en le détachant par la pointe qui était du côté de l'épaule, et en ayant soin de lui laisser le plus possible du tissu cellulaire sous-cutané. 4° On continua la dissection jusqu'à la base, qui resta en communication avec les tégumens du bras. 5° Celui-ci fut levé et fixé à la tête, de manière à ce que la pièce de peau pût s'ajuster au tronçon de nez restant, préalablement excorié partout où devaient porter les bords saignans du lambeau tégumentaire. 6° On le retint en place avec des aiguilles et des sutures entortillées, et, quand son agglutination fut assez avancée; on coupa la base restée adhérente au bras, ce qui mit fin à l'attitude très gênante de ce membre. 7° Enfin on acheva de couvrir partout le vide qu'avait laissé le nez perdu, et l'on eut soin de ménager deux ouvertures convenablement disposées pour simuler les deux narines.

« Le quatrième jour de l'opération pratiquée sur la nommée Wilhelmine Braun, la réunion parut si bien faite qu'on se décida à couper et à enlever les fils des sutures. Ce fut le sixième jour qu'on détacha du bras le lambeau cutané, et que le membre, débarrassé de ses liens, put reprendre ses mouvemens et ses usages ordinaires; le vingt-sixième, on commença à donner au nouveau nez la forme qu'il devait avoir; les ouvertures nasales, qu'on avait pratiquées dès les premiers jours de l'opération, furent alors agrandies, façonnées et maintenues ouvertes par l'introduction de deux petits tubes de zinc. On réprima, avec le nitrate d'argent, des bourgeons charnus qui gênaient en quelques points la cicatrisation des bords de la plaie; enfin, le 26 octobre de la même année la cure fut si heureusement terminée, qu'à peine le nez refait différait-il de celui qu'il avait remplacé, et dont il remplissait les fonctions. »

C'est du moins ce qu'a publié l'auteur. (Voyez la *Rhinoplastick*, ou l'art de remplacer d'une manière organique la perte du nez, éclaircie d'après l'expérience et perfectionnée par de nouveaux procédés; ouvrage publié par M. le docteur Graëff, in-4° avec six planches. Berlin, 1818.)

Son compatriote, M. Heeker, a traduit cet ouvrage de l'allemand en latin.

M. Delpech, à qui j'ai vu pratiquer, en 1819, une opération à peu près semblable, n'obtint point à cette époque un résultat aussi complet Il fut plus heureux que ne l'a été Graëff dans sa première tentative; mais son raccoutrement fut loin d'égaler celui qu'a obtenu le chirurgien de Berlin sur la nommée Auguste-Wilhelmine Braun.

Du reste, le professeur de Montpellier, qui a pratiqué douze fois la rhinoplastie, tant par la méthode tagliacozzienne que par celle des Indiens, dont nous parlerons dans un des chapitres suivans, insiste pour qu'on ne néglige pas la suture entortillée en faveur de laquelle il s'est décidé.

Nous verrons plus tard, lors de la description de la méthode des *koomas*, que j'ai pratiquée aussi avec succès, que M. Delpech, considérant et traitant la rhinoplastie sous un point de vue plus étendu que le chirurgien de Berlin, a très-bien détaillé et combiné tous les temps de cette opération.

Ainsi donc, aux raisons que nous avons précédemment alléguées, pour démontrer que la méthode italienne aura été importée des Indes en Europe par le commerce sicilien, il nous sera facile d'adjoindre encore une autre preuve bien convaincante : *c'est l'identité du principe de ces deux opérations*. En effet, dans chacune des deux méthodes, on dissèque un lambeau de peau qu'on laisse adhérent par l'une de ses deux extrémités, et dont on applique l'autre sur la région du nez ; si à Bologne, à Naples, dans la Calabre et en Sicile, on préféra emprunter la peau au bras plutôt qu'au front, c'est qu'à cette époque de barbarie, toute cicatrice profonde avait un caractère suspect (1), à cause de l'usage où l'on était d'y imprimer, au moyen du fer rouge, une marque flétrissante en punition de *certains crimes honteux et déshonorans*.

Observation d'une grossesse extra-utérine, opérée par le docteur BENIT, *le* 28 *juillet* 1832, *à Fernambouc* (Brésil).

Une négresse d'environ 22 ans, avait déjà eu un enfant, lorsqu'au mois de juillet 1829, elle se crut enceinte de nouveau. Ni bruit, ni frayeur, ni colère ne troublèrent un seul instant le commencement de cette grossesse. Dès que les règles se supprimèrent, le ventre grossit graduellement. Les symptômes, peu intenses, furent ceux qu'on observe dans la plupart des grossesses, et que la négresse avait déjà éprouvés. Pendant longtemps elle sentit remuer le fœtus, et, au mois de mai 1830, se crut au moment d'accoucher ; elle en eut les premières douleurs, et perdit par la vulve beaucoup d'eau, du sang et des mucosités. Aucune de ces douleurs violentes, qui peuvent faire croire à la rupture de l'utérus, ne se fit sentir. Peu à peu tout rentra dans l'ordre, et après quarante-huit heures, il ne restait plus qu'un ventre volumineux, qui ne donna plus la sensation de balottement. Pour la première fois, en novembre, je vis cette femme qui était tourmentée d'une gastro-entéro-colite intermittente qui lui avait enlevé ses forces, et l'avait considérablement maigrie. Après deux examens, faits à deux jours d'intervalle, j'annonçai que c'était une grossesse extra-utérine, que je croyais convénable d'opérer, après avoir fait céder les principaux accidens de la fièvre. Des deux docteurs consultés, l'un ne croyait pas que ce fût un enfant ; l'autre le pensait, mais ne voulait pas d'opération.

L'inflammation gastro-intestinale ne guérit qu'après plusieurs récrudescences. En août 1831, cette femme souffrait beaucoup de son ventre, et supportait difficilement le poids qu'il lui occasionait ; elle était triste, morose, avait de la répugnance pour le manger ; la langue était large, blanchâtre, la soif vive, le pouls fréquent, surtout le soir, le sommeil agité. J'invitai la plupart des médecins et chirurgiens d'ici à voir ce cas rare et difficile. Cinq seulement s'y rendirent ; alors la malade avait le ventre volumineux, mais moins que la première fois que je la vis ; il était saillant à la région ombilicale et très dur. L'utérus était dans l'état de vacuité. Fatiguée de son état, cette négresse demanda avec instance qu'on la *débarrassât*, pour me servir de son expression. Les opinions furent très divergentes, mais la majorité fut pour la gastrotomie ; j'y préparais la malade quand j'eus la jambe percée d'une baïonnette ; puis survint la révolution de septembre, pendant laquelle la malade fut chez son maître à huit lieues d'ici, où elle eut des alternatives de mieux et de plus mal. Le ventre était constamment douloureux.

Au mois de mai, du pus sortit par l'ombilic, et une pointe d'os apparut un peu plus haut et à droite.

Le 20 juillet 1832, la fièvre était continue, l'appétit et le sommeil nuls, les douleurs atroces.

Le 25, je revis cette infortunée, la préparai les jours suivans, et l'opérai le 28 à midi. Avec un bistouri convexe sur son tranchant, je fis parallèlement à la ligne blanche, et un peu à gauche, une incision de trois pouces de longueur, qui commençait à un pouce au-dessus du niveau de l'ombilic ; je divisai les parois abdominales qui avaient environ un pouce d'épaisseur, et qui donnèrent beaucoup de sang qui s'écoula en nappe ; puis, portant les doigts dans cette ouverture, j'en retirai les os, dont quelques-uns étaient cariés et rompus, la pulpe, le détritus des organes parenchymateux, surtout du cerveau. La colonne vertébrale seule était encore unie par ses ligamens. Ce foyer exhalait une odeur infecte, repoussante, et était contenu dans un kyste très épais, blanc, ayant de l'analogie avec les aponévroses. Quand tout ce qu'il contenait fut enlevé, j'y portai une éponge imbibée d'eau tiède, qui produisit une sensation très-douloureuse ; puis, au moyen de bandelettes agglutinatives, je rapprochai les bords de l'incision, à la partie inférieure de laquelle j'interposai une bandelette de linge pour en prévenir l'agglutination. Pendant l'opération, qui dura onze minutes, la patiente jeta des cris perçans, et les plus douloureux ; elle faillit plusieurs fois se trouver mal. Les os du crâne, il est vrai, passèrent avec quelque difficulté à travers l'ouverture que je n'agrandis pas dans la crainte de hernies ; cependant l'opérée fut bientôt mieux, et ne tarda pas à goûter les douceurs du sommeil. L'amélioration fut successive, la fièvre ne dura plus que trois jours, l'appétit se prononça vivement, et la malade m'accusait de vouloir la laisser mourir de faim. Malgré cela, je n'accordai quelques bouillons, quelques fécules, qu'après le sixième jour, parce que dans ces climats brûlans, une alimentation trop prompte réveille rapidement les gastro-entérites qui suscitent fréquemment des méningistes, des cérébrites avec tétanos qui enlèvent en peu d'heures les malades et surtout les blessés. Je n'ai observé cela que trop souvent dans la pratique de ceux qui s'inquiètent peu des phlegmasies chroniques, si communes entre les tropiques, surtout les gastro-entérites qu'on semble s'étudier à produire, à entretenir par tous les excitans possibles.

Cette diète, des premiers jours qui suivent les opérations, m'a valu, je pense, de n'avoir pas encore perdu un seul blessé. Mais ici, plus que partout ailleurs, on a peur de la faiblesse. Le peuple en a une telle frayeur, qu'un grand nombre de morts sont évidemment occasionées ou hâtées par une nourriture intempestive ou trop abondante, donnée même contre l'avis de médecins réunis en consultation. Pendant long temps, la suppuration fut aussi abondante que fétide, puis diminua peu à peu ; le kyste se contracta, rejeta beaucoup de cheveux, donna une suppuration de bonne nature, qui, après deux mois, n'était plus qu'un suintement qui dura encore une trentaine de jours. Maintenant la matrice est tellement forte, qu'il n'est pas probable qu'elle cédât aux efforts d'une grossesse. Le régime sévère auquel cette femme a été astreinte pendant trois mois, les bains et un traitement antiphlogistique, l'ont débarrassée d'une gastro-entérite chronique, et aujourd'hui, 1er février 1833, elle est grasse et mieux portante que jamais.

Je me fais un plaisir de témoigner publiquement ma reconnaissance à M. Saissez, pharmacien français, qui, en recevant cette malade dans sa maison de santé, et en lui prodiguant, d'une manière tout-à-fait désintéressée, les soins si nécessaires en pareille circonstance, a grandement concouru à me faire obtenir un résultat si heureux.

(1) Il faut convenir que les goûts ont bien changé, car ce qu'un officier de nos jours ambitionne le plus, c'est *une blessure de bon goût*, ce qui veut dire une jolie cicatrice au front, qui contribue à sa réputation de brave, sans endommager les grâces de sa figure.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

JUIN 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Mémoire sur la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil des plaies qui succèdent aux grandes opérations;

PAR M. L. SAZIE,

Interne des hôpitaux, membre de la Société Anatomique et de la Société Phrénologique.

Les chirurgiens sont loin d'avoir encore étudié avec une attention convenable le traitement des plaies qui succèdent au retranchement si souvent nécessaire de diverses parties du corps; il est même à regretter que parmi les grands maîtres qui ont fait époque dans la science, et dont le génie pénétrant a souvent éclairé les points obscurs de la chirurgie, un trop petit nombre ait cherché à saisir le véritable rapport sous lequel il convient d'examiner la grave question du traitement et de la cicatrisation des plaies qui suivent les opérations. En France, ce n'est guère que de nos jours qu'on en a senti toute l'importance, et ce n'est que depuis un petit nombre d'années que quelques bons esprits se sont spécialement attachés à approfondir ce point de doctrine, qui se rattache de si près aux résultats qu'on obtient dans la pratique. Toutefois, les nombreuses conditions que l'on doit remplir dans le pansement de ces plaies pour assurer le succès de la réunion immédiate, sont sans doute une des principales causes de la dissidence qui règne encore sur la préférence à donner à des méthodes souvent opposées; il ne faut pas se dissimuler aussi que des auteurs craintifs, imbus de la pratique et des notions d'un autre âge, et d'une conversion toujours difficile à des idées nouvelles, ont trop souvent repoussé sans examen, et comme inexacts ou insuffisans, des faits nombreux qu'une expérience longue et variée semblait avoir irrévocablement établis. Au milieu de ces controverses, la vérité, dépouillée pour ainsi dire de son caractère, ne conserve plus qu'un bien faible ascendant, et trop souvent, après de longues oscillations, elle demeure longtemps éclipsée jusqu'à ce qu'on la fasse de nouveau revivre dans tout son jour. Ces vérités, l'histoire de la réunion immédiate ne les confirme que trop souvent, et l'on est obligé de convenir que, pour le sujet qui nous occupe, les efforts de l'antagonisme ont été rarement suivis de résultats heureux. Quoi qu'il en soit, nous allons rétablir sur de nouveaux faits la préférence que nous semble mériter la réunion immédiate sur la réunion secondaire; nous établirons également sur des faits, et contrairement aux idées reçues jusqu'ici, l'avantage qu'il y a pour le succès de la réunion immédiate, de ne lever que tard le premier appareil, en même temps que nous examinerons quelques autres conditions d'une égale importance pour parvenir à ce résultat.

Les auteurs ne nous ont rien offert qui mérite d'être mentionné sur l'époque la plus convenable de renouveler le premier appareil des plaies que l'on a traitées par la réunion immédiate. Dans l'enfance de l'art, les moyens insuffisans et grossiers en usage pour suspendre le cours du sang dans les opérations, devenaient la cause fréquente d'hémorrhagies secondaires qui nécessitaient la levée de l'appareil peu de temps après son application, afin d'arrêter le cours du sang par les caustiques ou le tamponnement. Aussi n'avons-nous pas besoin de dire combien étaient funestes les suites des opérations, combien était rare ou difficile à obtenir la cica-

trisation des plaies ainsi désorganisées ; mais plus tard, lorsque la ligature des artères fut perfectionnée, qu'on n'eut plus à craindre de voir l'hémorrhagie survenir après les grandes opérations, la plupart des chirurgiens furent encore pour ainsi dire machinalement portés à lever la totalité ou une plus ou moins grande partie du pansement à une époque très-rapprochée de l'opération, le plus souvent avant le quatrième ou cinquième jour. Nous avons nous-même entendu quelques-uns de nos chirurgiens les plus célèbres discuter longuement s'il est plus convenable de lever les pièces extérieures de l'appareil le lendemain de l'opération, et d'attendre au quatre ou cinquième jour avant de le renouveler. Cette erreur nous semble s'être jusqu'ici conservée dans la pratique, pour ainsi dire, avec le caractère des préjugés, et nous paraît tenir à ce qu'on n'a jamais attentivement suivi la marche de la cicatrisation pendant qu'on s'est formé des idées singulièrement exagérées sur les propriétés nuisibles du pus et les dangers de son contact prolongé avec la plaie. Nous aurons occasion plus tard d'examiner quelques questions qui se rattachent à ce point de doctrine, et nous espérons les résoudre, d'après les faits, à l'avantage de notre opinion. Disons ici que c'est surtout aux belles recherches de M. le baron Larrey que nous devons d'avoir vu M. Maréchal faire l'essai de la levée tardive du premier appareil dans les cas de réunion immédiate après les grandes opérations. Mais avant d'entrer dans aucune considération à ce sujet, nous rapporterons l'histoire de plusieurs sortes d'opérations traitées d'après cette méthode, et dont les succès et les revers comparatifs sont tout en sa faveur.

Mais d'abord nous croyons utile de consigner ici une des observations si remarquables rapportées par M. Larrey, dans laquelle la fracture complète de l'avant-bras, compliquée de large plaie aux tégumens, guérit parfaitement à la faveur de l'appareil inamovible laissé long-temps à demeure. Elle a pour nous du prix, soit comme ayant conduit à faire aux plaies, suites d'opérations, l'application de la méthode suivie par cet auteur pour les fractures compliquées de plaies, soit comme preuve du peu de danger, et même des avantages du premier pansement laissé à demeure sur des plaies étendues.

Ire Obs. — *Plaie profonde de l'avant-bras droit avec division complète et fracas de ce membre ; levée du premier appareil le quarante-cinquième jour ; plaie en partie cicatrisée ; commencement de soudure des os, etc. ; appareil laissé de nouveau en place pendant 20 jours ; cicatrisation de la plaie presque terminée ; soudure des os également très-avancée ; guérison complète après le quatrième mois.* — J. Marie Brobant, âgé de 36 ans, sergent-major du 3.me régiment de la garde, entra à l'hôpital du Gros-Caillou en novembre 1827, pour y être traité d'une plaie profonde de l'avant-bras droit avec division complète et fracas de ce membre, résultat d'un coup de sabre qu'il venait de recevoir de la main d'un adversaire fort et robuste.

« En effet, dit M. Larrey, à notre visite qui eut lieu peu d'heures après l'entrée de ce militaire à l'hôpital, nous trouvâmes à la partie moyenne et externe ou dorsale de l'avant-bras, une plaie qui divisait transversalement, du bord radial au bord cubital, avec les tégumens, les rameaux du nerf cubital, toute l'épaisseur des trousseaux charnus des muscles extenseurs de la main et du doigt, jusqu'aux deux os qui étaient coupés dans toute leur épaisseur, avec éclats aux fragmens. Le tranchant de l'instrument, bien qu'il ne fût pas très-acéré, avait encore entamé assez profondément la face interne du muscle fléchisseur commun et profond des doigts ; les artères radiale et cubitale avaient cependant échappé à l'action de l'instrument, mais une hémorrhagie fournie par les artères inter-osseuses et qui s'était manifestée à l'instant du coup, avait considérablement affaibli le blessé. L'extrémité de l'avant-bras et la main étaient renversées et comme séparées du reste du membre.

« Assurément cette solution de continuité indiquait la séparation ou la section totale de cette extrémité ; ainsi le pensaient un grand nombre de médecins qui assistaient à notre visite un jour de clinique. Malgré leur jugement et la gravité de la blessure, je voulus essayer l'emploi de mon appareil inamovible, et après l'avoir fait préparer, je procédai au pansement ; nous exerçâmes d'abord une compression méthodique sur les doigts, la main et le poignet, puis nous débridâmes cette plaie transversale haut et bas dans une assez grande étendue pour ne point laisser de brides dans la portion coupée et déchirée de l'aponévrose antibrachiale ; nous réséquâmes ensuite deux pointes osseuses que présentaient les deux fragmens du cubitus, et nous fîmes l'extraction de plusieurs esquilles des deux fragmens du radius ; enfin, nous égalisâmes avec la tenaille incisive les quatre fragmens angulaires des os pour pouvoir les mettre en contact au moment de sa réduction. La portion supérieure de la masse charnue de l'extenseur commun des doigts étant écartée de l'inférieure, je les maintins réunies au moyen de deux anses de fil que je passai perpendiculairement avec mes aiguilles rondes, fines et courbes, dans l'épaisseur de ces deux trousseaux charnus. Les fragmens des deux os furent mis dans un rapport mutuel, les bords de la plaie rapprochés et fixés en contact par des bandelettes agglutinatives croisées en tous sens ; un aide habile soutenait l'avant-bras et la main immobiles et dans une demi-flexion ; un linge fenêtré enduit d'une couche d'onguent balsamique couvrait toute la coupure ; des gâteaux de charpie appliqués par dessus, des compresses imbibées de la liqueur tonique sédative et un bandage à plusieurs chefs terminèrent le pansement. Ce premier appareil et le membre lui-même furent protégés et soutenus par deux petits fanons de paille soutendus dans une toile appropriée, et fixés en rapport par des liens ; tout l'avant-bras fut suspendu dans une large écharpe ; enfin nous prescrivîmes le régime indiqué en pareil cas.

» De légers orages étant survenus du deuxième au troisième jour, nous fîmes faire une saignée du bras, et l'on continua les boissons rafraîchissantes, ainsi que les potions anodines. Dès le cinquième jour, le blessé se trouva soulagé et dans le meilleur état possible. Aucun accident notable ne s'est offert pendant le traitement, et bien que la suppuration se manifestât par dessus l'appareil, il ne fut levé que le quarante-cinquième jour. Nous trouvâmes les angles de la plaie cicatrisés, le centre garni de bourgeons charnus, et plusieurs points des os fracturés dans un commencement de soudure. Cependant, après avoir coupé les deux anses de fil qui avaient réuni les trousseaux charnus, nous appliquâmes un nouvel appareil contentif, et nous remîmes

l'avant-bras dans le même état de flexion. Nous laissâmes encore ce nouvel appareil en place une vingtaine de jours. A cette époque, la cicatrice, à l'exception de deux petits trous fistuleux, se trouva terminée et la soudure des os nous parut être très-avancée. Il se fit néanmoins, par ces petits ouvertures, une exfoliation de plusieurs petites esquilles. Enfin après le quatrième mois, la cicatrice des parties molles et la soudure des os furent complètes; l'avant-bras, avec une légère déviation vers le bord radial, offre environ quatre lignes de raccourcissement et une dépression un peu profonde au lieu de la cicatrice; ce militaire a conservé les mouvemens de flexion à tous les doigts; il n'éprouve de gêne que dans l'extension de la main. »

M. Larrey cite encore, entre autres observations, celle d'une fracture de la jambe, accompagnée d'une large plaie aux tégumens, qui fut débridée dans une grande étendue et dont la cicatrice fut trouvée complète, en même temps que la fracture consolidée, à la levée du premier appareil qui eut lieu le soixante-unième jour.

Cet auteur rapporte aussi l'histoire d'un chef de bataillon qui subit la désarticulation de l'épaule à la retraite de Moscow, et dont la plaie fut trouvée parfaitement guérie à son arrivée en France, sans avoir été pansée une seule fois.

IIe Obs. — *Tumeur carcinomateuse dans la région orbito-parotidienne; extirpation; réunion immédiate de la plaie; fistule salivaire consécutive; levée du premier appareil le douzième jour; guérison le dix-neuvième.* — Pierre-Deshayes, couvreur, âgé de 51 ans, d'une bonne constitution, à tempérament sanguin-bilieux, porte, à la partie externe de l'orbite gauche, au-devant de l'apophyse zygomatique, une excroissance carcinomateuse irrégulièrement pyramidale ayant environ 22 lignes de hauteur. N'ayant dans le principe que les caractères d'une verrue ordinaire, elle a fait, dans l'espace d'un an, des progrès rapides, quoique le malade n'en ait jamais hâté le développement par des applications irritantes. Sa surface est sillonnée par des ulcérations étendues qui fournissent un ichor fétide; le malade y éprouve des douleurs vives et lancinantes.

Au-dessous d'elle, implantée dans la région parotidienne, entre l'apophyse zygomatique, la branche de l'os maxillaire et l'oreille externe, existe une autre tumeur d'un volume beaucoup plus considérable, très-adhérente en haut où elle semble faire corps avec la parotide ou les tissus fibreux qui l'enveloppent, et séparée par une languette de peau saine d'avec le carcinome ci-dessus auquel elle n'envoie point de prolongement. Elle s'étend en bas, jusque vers la partie moyenne du cou et déborde dans son autre diamètre l'os maxillaire et l'oreille externe qu'elle rejette en arrière. La peau qui la recouvre est tendue, rouge, mais non-ulcérée. Cette tumeur, quoique très-dure dans certains points, n'est pourtant le siége que de douleurs légères qui sembleraient ne point révéler un cancer ou du moins un cancer avancé. Son origine date de l'apparition du carcinome orbitaire et semble avoir pour cause le dépôt, sur les ganglions cervicaux, de l'ichor cancéneux par les vaisseaux lymphatiques de la tempe.

L'opération fut pratiquée le 28 juin par M. Maréchal: le carcinome de l'orbite fut circonscrit par deux incisions sémilunaires dont on disséqua les lambeaux pour enlever plus sûrement le mal, au-delà de ses racines, près de son insertion à l'arcade zygomatique; l'aponévrose temporale fournissait quelques adhérences à la tumeur et dut subir une légère perte de substance. Plusieurs artères furent liées, dont une, terminaison d'une des divisions de la temporale superficielle, avait un assez fort calibre et présenta des difficultés pour être embrassée par ce fil, à cause du tissu serré qui l'entourait et qui empêchait de la saisir.

On pratiqua ensuite sur la tumeur de la région parotidienne deux incisions verticales et elliptiques qui permirent d'en découvrir la surface par la dissection de la peau. Quoiqu'on n'eût pu déterminer à l'avance les limites de la tumeur du côté de la parotide, on fut surpris de la profondeur à laquelle elle pénétrait. La dissection en fut longue et difficile; un grand nombre d'artères furent ouvertes et liées; plusieurs traversaient la tumeur dans différens sens; la transversale de la face était surtout remarquable par son augmentation de diamètre.

Les bords de cette large plaie furent ensuite rapprochés et maintenus en contact par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. On acheva le pansement avec un linge fenêtré enduit de cérat, des gâteaux de charpie et un bandage convenable. La plaie orbitaire, ne pouvant être réunie, fut pansée à plat.

Comme on avait pu le prévoir, la tumeur était formée par les ganglions superposés à la parotide, confondus entre eux, la plupart d'une dureté remarquable, et dont quelques-uns passaient déjà à l'état de ramollissement. Une portion de la partie supérieure de la parotide se confondait avec la tumeur et fut enlevée dans la dissection. La tumeur de l'orbite était formée par un carcinome à l'état complet de ramollissement.

On put vérifier sur ce malade, comme on s'y était attendu, quelques-unes des belles expériences de Charles Bell sur les nerfs de la face; au milieu de l'opération, plusieurs filets du nerf facial ayant été coupés, le malade ne put fermer entièrement l'œil de ce côté; la paupière supérieure exécutait bien quelques mouvemens, mais ils étaient insuffisans pour la mettre en contact avec l'inférieure; la commissure labiale de ce côté était également abaissée et la bouche déformée; mais le sentiment subsistait dans toutes ces parties.

Le jour même de l'opération, le malade n'eut qu'un peu de fièvre le soir, sans douleurs à la tête. Le lendemain, la fièvre était moindre; il se trouvait bien, mais la paupière inférieure était un peu tuméfiée; on continue la prescription de la veille; limonade, potion calmante, et l'on accorde un bouillon.

22. Toujours bien, point de douleurs de tête, mais le gonflement ayant augmenté, les circulaires de bande causèrent de la gêne et un peu de douleur au côté opposé de la tête sur lequel elles portaient plus immédiatement.

23. La douleur est devenue plus vive; le gonflement des paupières a beaucoup augmenté et s'est étendu à la commissure des lèvres qu'il déprime davantage. On relâcha les jets de bande les plus extérieurs, et le lendemain, le gonflement et la douleur avaient entièrement disparu.

1er juillet, le malade continue d'aller parfaitement jusqu'au douzième jour de l'opération où l'on renouvelle pour la première fois le pansement. Les pièces de l'appareil étaient

pénétrées de pus qui s'y était concrété et exhalait une odeur de moisissure qu'on avait dû masquer par des lotions chlorurées; la plaie fut trouvée dans l'état le plus satisfaisant; la réunion en avait été obtenue dans presque tous ses points, excepté aux deux angles où l'on avait rassemblé les ligatures. Cette adhérence procédait du fond de la plaie d'où la compression ne fesait point sourdre de pus. Plusieurs ligatures se détachèrent; on enleva les points de suture, et l'on remit des bandelettes pour soutenir la cicatrice et en favoriser la consolidation.

Le lendemain, on observa que les compresses étaient trempées de salive qui s'écoulait par l'angle supérieur de la plaie où la parotide avait été intéressée. On cautérisa ce point pendant quelques jours avec du nitrate d'argent fondu, en même temps qu'on y exerçait une légère compression avec des disques d'agaric. La guérison complète de cette plaie anfractueuse et celle de la fistule salivaire accidentelle eut lieu le dix-neuvième jour de l'opération, au moyen d'une cicatrise presque partout linéaire et à peine apparente, résultat de la réunion immédiate aidée du séjour prolongé du premier appareil. La plaie orbitaire, quoique de dimensions infiniment moindres et dont la cicatrice dut se faire de toutes pièces par developpement de bourgeons charnus et formation du tissu fibreux, n'eut lieu que plus d'un mois après, la réunion immédiate n'en ayant pu être pratiquée.

Cette observation ne fait guère ressortir les avantages de cette méthode que pour la promptitude de la guérison, même dans une région du corps où elle semblait devoir échouer. Mais il en est d'autres plus importans que nous aurons bientôt occasion de signaler.

Obs. III.e — *Cancer mammaire parsemé de kystes nombreux; extirpation; réunion immédiate de la plaie; levée du premier appareil le douzième jour, guérison le vingt-troisième.* — Dorange (Marguerite), âgée de 49 ans, à tempérament bilieux, sanguin, n'ayant jamais eu d'autre maladie que la variole, entre à l'hôpital Necker, atteinte au sein gauche d'un cancer parsemé de kystes multiples et d'un certain volume. Cette affection, qui date de huit mois, est intéressante sous plus d'un rapport: quant à son étiologie, la malade affirme n'avoir jamais éprouvé la moindre violence sur le sein et n'y avoir jamais ressenti de douleur dans son jeune âge; mais elle attribue le développement de sa maladie, à ce qu'à l'occasion d'efforts répétés pour soulever un lourd fardeau, elle ressentit instantanément à l'épaule comme des éclairs de douleurs qui se prolongèrent le long du bras jusqu'à l'extrémité des doigts et retentirent vivement dans la glande mammaire où elles produisirent comme une commotion électrique. Cette sensation persista longtemps dans le sein, où la malade éprouvait des picotemens et un frémissement très-désagréables qui ne cessèrent qu'après que se furent déclarées de véritables douleurs lancinantes. Bientôt après l'accident, le sein se tuméfia à un haut degré, devint dur, et depuis lors la malade a dû y tenir constamment appliqués des cataplasmes émolliens, pour arrêter, s'il était possible, les progrès du mal, et apaiser les douleurs.

La forme de la tumeur est remarquable: arrondie dans son ensemble, elle est surmontée par quatre éminences ovoïdes, dues à des kystes séreux disposés avec une régularité telle que chacun forme l'angle d'un espace quadrilatère au centre duquel le mamelon se dessine. Il en existe encore un grand nombre d'autres irrégulièrement disséminés dans l'épaisseur du sein, et ne faisant point saillie à l'extérieur; quelques-uns se sont ouverts et ont livré passage à de la sérosité mêlée de quelques grumeaux blanchâtres; aucun ne contenait des hydatides. Ce sont ces kystes qui forment presque seuls toute la masse de la tumeur; car ce n'est que profondément, et à sa base, qu'on sent un engorgement dur, non rénittent et formé par le tissu transformé de la glande: le mamelon, où la malade éprouve des élancemens très-vifs, est converti en un petit champignon carcinomateux ulcéré à sa surface, où l'on aperçoit quelques crevasses par lesquelles suinte une sérosité limpide quand on comprime le sein. Du reste, la malade offre les conditions les plus favorables au succès de l'opération; elle n'a pas d'enfans, son moral est excellent, et l'on ne trouve aucun engorgement dans les glandes axillaires.

L'opération, pratiquée le 22 octobre, n'offrit rien de particulier, la tumeur fut embrassée par deux incisions partant du bas de l'aisselle et venant se réunir au voisinage du sternum; elle fut ensuite détachée facilement à sa face interne, adhérente en quelques points seulement aux muscles pectoraux; on dut lier au grand nombre d'artères, et la réunion immédiate fut ensuite pratiquée au moyen de bandelettes agglutinatives seulement.

L'anatomie pathologique de la tumeur confirma pleinement le diagnostic qu'on en avait porté: c'étaient des kystes de diverse grosseur, remplis d'une sérosité mêlée de grumeaux blanchâtres, dans quelques-uns faciles à isoler du tissu cellulaire extérieur, et tapissés à leur surface interne par une membrane lisse et vasculaire. Le centre de la tumeur était formé presque entièrement par du tissu squirrheux déjà ramolli, grisâtre et comme infiltré de matière tuberculeuse. Autour de ce point existait du squirrhe au premier degré, se prolongeant en haut vers le mamelon, qui pouvait en être considéré comme un épanouissement, et formant dans ce trajet des stries qui lui donnaient, à la coupe, une apparence fibreuse très-remarquable.

La malade passa le jour même de l'opération assez heureusement; le soir elle eut un peu de fièvre, qui, beaucoup moindre le lendemain, permit d'accorder un peu de bouillon. L'alimentation fut dès-lors augmentée sans inconvénient; trois jours après l'opération, la malade éprouva de la gêne et quelque picotement dans la plaie; ces accidens étaient entièrement dissipés quelque temps après.

Treize jours après l'opération, renouvellement de l'appareil, qui était collé par le suintement de la plaie et exhalait une odeur de moisissure qu'on avait jusqu'alors masquée par des lotions chargées de chlore. La plaie fut trouvée dans le meilleur état possible; partout la réunion avait réussi, si ce n'est dans un trajet fistuleux à chacun de ses angles où se trouvaient les ligatures. Quelques-uns des fils se détachèrent par de légères tractions, et l'on renouvela le pansement comme la première fois avec des bandelettes agglutinatives pour soutenir la cicatrice encore faible, et en prévenir la déchirure; au troisième pansement, toutes les ligatures se détachèrent; les trajets fistuleux qu'elles avaient entretenus ne tardèrent pas à se cicatriser, et le vingt-troisième jour

la guérison fut complète ; la plaie était réunie par une cicatrice linéaire qui n'était pour ainsi dire révélée que par l'enfoncement qui lui correspondait. La malade retourna bientôt au sein de sa famille, témoignant avec la naïveté la plus expressive toute sa reconnaissance pour une opération suivie d'une guérison aussi prompte que remarquable par la beauté de ses résultats.

L'observation qui précède prouve les avantages de la réunion immédiate secondée de la levée tardive de l'appareil après l'extirpation du cancer au sein. La rapidité de la guérison dans ce cas, mise en parallèle avec les longueurs du traitement par une méthode opposée, rend d'abord sensible la différence qui les sépare ; on a lieu de croire, en outre, que la récidive doit être beaucoup plus fréquente après une longue suppuration, et par l'effet de la phlogose longtemps entretenue sur les lèvres de la plaie. Cette seule considération justifierait la préférence que mérite la réunion immédiate, indépendamment des autres avantages qu'elle possède, et que nous aurons de plus en plus occasion de signaler.

Obs. IV.e — *Arrachement de la main par une mécanique ; amputation de l'avant-bras : réunion immédiate. Premier pansement le treizième jour de l'opération, guérison complète le vingt-quatrième.* — Krepert (Nicolas), âgé de 39 ans, ouvrier dans une fabrique d'huile, eut la main arrachée au moment où, poussant au loin la graine sur le trajet d'une meule destinée à la broyer, celle-ci, venant à passer, saisit à faux, sur une trappe, la main de ce malheureux, et par son poids considérable en détermina l'arrachement. Le carpe fut ouvert entre la première et la seconde rangées de ses os, à l'exception du scaphoïde qui fut détaché du côté de la main, le sémi-lunaire, le pyramidal et le pisiforme demeurant articulés avec l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras. Les parties molles et les tégumens qui protègent la face dorsale de ces os avaient été entièrement déchirés, ainsi que quelques tendons des muscles extenseurs. A la face palmaire de la main, la peau avait aussi été déchirée en grande partie, mais tous les tendons des muscles fléchisseurs demeuraient intacts dans l'épaisseur du lambeau palmaire conservé. Toutes les artères du poignet furent ouvertes, à l'exception de la cubitale ; le sang jaillissait avec impétuosité jusqu'à ce qu'on eut appliqué un tourniquet sur la brachiale. Le malade, qui témoignait une douleur intolérable à l'endroit de l'arrachement, était excessivement incommodé par l'action de ce compresseur, et demandait qu'on lui pratiquât l'amputation sur-le-champ. Mais l'opération dut être différée jusqu'au lendemain, ce qui augmenta singulièrement l'inquiétude et l'irritabilité du malade. Pendant ce temps, il demandait avec prière de desserrer le compresseur dont l'action était cependant à peine suffisante pour suspendre l'hémorrhagie ; enfin dans un état d'agacement extrême, désespéré par les vives souffrances qu'il croyait déterminées en grande partie par l'action de cet instrument, il trompa pendant la nuit la vigilance de son garde, desserra lui-même et renversa complètement le compresseur. En un moment son lit fut baigné de sang ; appelé bientôt après, je rétablis sur-le-champ la compression ; mais déjà le malade avait perdu une effrayante quantité de sang ; tout son lit et le sol d'alentour en étaient baignés, le pouls était petit, irrégulier, filiforme. Bientôt le malade tomba dans un collapsus profond, suivi d'un sommeil assez paisible le reste de la nuit.

L'opération fut pratiquée le lendemain matin 25 juin ; la compression avait déjà déterminé chez cet homme, qui était des plus musclés et de la constitution la plus robuste, un engorgement considérable du bras dont le volume était excessif. La peau distendue outre-mesure ne put être relevée qu'avec de grands efforts après que la section en eût été pratiquée ; par la même raison les muscles coupés ne se rétractèrent presque point, on dut les refouler avec force et en inciser de nouveau, à une plus grande hauteur, les fibres adhérentes, avant de pouvoir pratiquer assez loin la section de os pour donner au moignon la forme d'un cône creux. On fit ensuite la ligature des artères, et la plaie fut réunie immédiatement au moyen d'un nombre suffisant de bandelettes agglutinatives. Le malade, mis à l'usage de la limonade tartarique et de potions calmantes, fut un peu agité les deux premiers jours qui suivirent l'opération. Depuis lors il n'eut presque point de fièvre, se trouva bien, et put sans danger prendre quelques légers alimens.

Le 8 juillet suivant, on leva le premier appareil, qui était collé par un peu de suppuration. Le moignon fut trouvé dans un très-bon état ; l'adhérence primitive s'était faite dans toute la profondeur de la plaie, et n'avait manqué qu'au niveau de la peau à la hauteur de deux à trois lignes, sans doute à cause du gonflement du membre au moment de l'opération et des tiraillemens auxquels par suite la plaie a été soumise. Il existait aussi le long des ligatures un trajet étroit dans lequel le pus ne séjournait point. Le pansement fut renouvelé comme la première fois ; des bourgeons charnus et de bonne nature s'élevèrent bientôt de l'étroite portion de plaie non cicatrisée. Les ligatures furent toutes détachées au troisième pansement, et la plaie entièrement guérie le vingt-quatrième jour de l'opération, la cicatrice n'étant apparente que dans un point au centre du moignon.

Ve Obs. — *Soixante-quinze ans ; cancer de la main : amputation de l'avant-bras, réunion immédiate. Pansement après onze jours guérison complète le vingt-cinquième.* — Puquet-Charles, âgé de 75 ans, est entré, le 6 juin, à l'hôpital Necker, pour une tumeur carcinomateuse de la face dorsale de la main droite, correspondant, par son centre, aux deuxième et troisième métacarpiens, limitée en haut par leurs articulations avec la seconde rangée du carpe ; en bas, se prolongeant un peu sur l'extrémité supérieure des trois premiers doigts de la main. Cette excroissance, rongée dans son centre par les progrès de l'ulcération, offrait dans son ensemble l'aspect d'un champignon à bords relevés et irréguliers.

Cette maladie a commencé, il y a environ dix-huit mois, par un poireau qui n'excédait pas encore la grosseur d'une petite lentille, lorsque, pour la première fois, il attira sérieusement l'attention du malade ; pendant plusieurs mois, il s'accrut sensiblement, n'offrant pour tous symptômes que des douleurs vagues et intermittentes. Pour le détruire, le malade l'écorcha avec un instrument piquant, l'irrita souvent avec de l'urine et plusieurs fois même le brûla contre le tuyau d'un poêle. Mais bientôt les progrès toujours croissans de la tumeur, plutôt que les douleurs légères encore

dont elle s'accompagnait, déterminèrent le malade à consulter des médecins qui se bornèrent à conseiller l'application de cérat opiacé sur l'ulcération. La tumeur s'accrut toujours et c'est surtout depuis le mois d'octobre que ses progrès ont été rapides. A cette époque, son diamètre égalait à peine celui d'une pièce de trente sous, tandis qu'au moment de l'opération (juin 1831), huit mois plus tard, elle avait quelques pouces de largeur dans ses diverses dimensions : depuis lors encore, les douleurs devinrent continues et très-intenses ; elles privaient le malade de sommeil qu'il ne goûtait qu'autant que le besoin en devenait assez pressant pour dominer ses souffrances. Personne ne lui avait jamais conseillé dans le principe l'extirpation de ce mal ni plus tard l'amputation de l'avant-bras. M. Boyer lui-même, prenant peut-être en trop grande considération l'âge avancé du malade, s'était borné à lui conseiller l'usage des narcotiques.

Le 18 juin, l'opération fut heureusement et très-promptement pratiquée par M. Maréchal. Il n'y eut qu'une très-légère perte de sang ; en peu d'instans, les artères furent liées et la plaie réunie immédiatement.

La tumeur parut formée par du tissu squirrheux déjà presque partout à un degré avancé ; il était granuleux, se déchirait avec facilité, et avait perdu la consistance de ce tissu morbide à sa première période. Dans quelques points et surtout au centre de l'ulcération, il était beaucoup plus ramolli, traversé par des vaisseaux capillaires multiples, et constituait la variété désignée du nom d'encéphaloïde. Un des filets du nerf radial était singulièrement hypertrophié dans l'épaisseur du cancer avec lequel il se confondait plus loin de manière à ne pouvoir plus en être isolé. Une branche artérielle, également augmentée de volume, se prolongeait dans la tumeur au centre de laquelle ses parois avaient été détruites par l'ulcération. Elle a été sans doute une des principales sources des hémorrhagies fréquentes que le malade a éprouvées et qui ne se sont point renouvelées depuis quelques jours, un caillot s'étant formé dans son intérieur. L'extrémité des phalanges et des métacarpiens était ramollie et se laissait facilement diviser par l'instrument tranchant ; les tendons traversaient la tumeur, sans avoir éprouvé aucune altération appréciable ; ils jouaient librement dans leurs gaînes intimement confondues avec la masse de la tumeur.

La fièvre traumatique fut assez intense les deux premiers jours ; mais depuis, l'état du malade fut des plus satisfaisans. Le onzième jour, on renouvela le premier appareil. Il était pénétré par le suintement assez abondant qui avait succédé à l'opération, et exhalait une odeur fétide. Près du coude, à la face interne du bras, deux phlyctènes avaient été déterminées par la constriction des bandes devenues raides, mais le moignon fut trouvé dans un très bon état : l'adhésion primitive s'était opérée dans toute la profondeur de la plaie et n'avait manqué que dans l'étendue de quatre à cinq lignes au niveau de la plaie seulement. Du reste, les bords de la plaie étaient exempts d'inflammation ; aucune collection de pus n'existait dans le moignon, et le pansement fut renouvelé au moyen de bandelettes agglutinatives comme la première fois. Ce second appareil ne fut levé que trois jours après ; les ligatures achevèrent alors de se détacher, et la cicatrisation de la plaie était déjà très-avancée. La guérison fut complète le vingt-cinquième jour ; la cicatrice, ayant dû avoir lieu au centre du moignon, à la faveur des granulations, était un peu apparente dans ce point ; les mouvemens du moignon n'étaient point gênés. Débarrassé d'un mal qui consumait ses jours, par une opération suivie rarement de succès à une période aussi avancée de la vie, cet homme eut bientôt recouvré toute la gaîté du jeune âge.

Ces deux observations viennent confirmer encore l'utilité de la réunion et les secours qu'elle retire de la levée tardive du premier appareil. La dernière surtout a fourni une preuve frappante des avantages de cette méthode appliquée à des individus faibles ou d'un âge déjà avancé, et qui ne pouvaient opposer la réaction nécessaire à un long traitement, ou supporter sans inconvéniens une suppuration un peu abondante ; nous nous bornerons à consigner ici cette réflexion générale digne de développemens plus étendus.

OBS. VI. — *Phlegmon intense du poignet et de l'avant-bras ; fusées purulentes remontant jusqu'au coude et pénétrant dans les articulations carpiennes et radio-carpiennes ; dénudation étendue de plusieurs os du poignet ; amputation du bras. Réunion immédiate ; insuccès, dévoiement colliquatif, et mort le onzième jour de l'opération.* — Dalize, Françoise, âgée de 71 ans, blanchisseuse, se piqua le pouce avec une fourchette. Bientôt ce doigt fut pris d'un panaris qui s'étendit à toute la main, et lors de l'entrée à l'hôpital la maladie avait déjà revêtu tous les caractères d'un phlegmon intense, accompagné de douleurs très-vives et d'une tuméfaction considérable de la main, du poignet et de l'avant-bras. Après trois jours de l'emploi des émolliens (cataplasmes, bains de bras, etc.), l'empâtement et la diminution de la tension firent présumer la formation du pus dans les mailles du tissu cellulaire, surtout au-dessous du pouce et vers l'extrémité inférieure des deuxième et troisième métacarpiens ; on pratiqua sur divers point de l'avant-bras et de la main des incisions dont aucune ne livra passage à du pus, excepté celles faites autour du pouce et vis-à-vis des métacarpiens indiqués. On continua les cataplasmes et les brachiluves émolliens.

Deux jours après, le pus, qui s'était formé en plus grande quantité dans l'épaisseur de l'avant-bras auparavant considérablement tuméfié, séjournait dans les gaînes intermusculaires, ne trouvant qu'un écoulement difficile et insuffisant par les ouvertures déjà pratiquées ; dès-lors on se hâta d'agrandir ces incisions et d'en pratiquer de nouvelles par lesquelles le plus s'écoula facilement ; toutefois la suppuration devenant chaque jour plus abondante, la peau de l'avant-bras était entièrement décollée dans plusieurs points. Les muscles étaient en quelque sorte disséqués par la destruction du tissu cellulaire qui leur forme enveloppe ; les fusées purulentes formées dans leurs gaînes remontaient jusque près de leur insertion aux tubérosités le l'humérus. Des désordres locaux aussi graves ne pouvaient manquer de réagir vivement sur toutes les fonctions de l'économie : aussi, épuisée par des douleurs vives, continues, et tout-à-fait au-dessus des forces de son âge, cette femme tomba bientôt dans un collapsus profond que vint aggraver encore un dévoiement colliquatif abondant. Dès-lors la suppuration devint extrêmement fétide et diminua de quantité. Le plegmon,

dont le caractère gangréneux était des plus évidens, étendit ses ravages jusqu'aux os; la face externe des trois premiers métacarpiens fut trouvée dénudée de son périoste; et le lendemain l'articulation radio-cubitale était largement ouverte et en pleine suppuration. Dès ce moment et au milieu de tant de circonstances défavorables, il ne resta plus d'autre espoir de salut que l'amputation du bras. La malade se voyant elle-même dans un état désespéré, se décida sans peine à l'opération qui fut pratiquée sur-le-champ.

Quoiqu'on eût pris soin, avant de pratiquer la section des muscles, de ne pas trop retirer la peau, flasque et extensible sur cette vieille femme, dans la crainte qu'elle ne se trouvât en excès pour en pratiquer la réunion immédiate, on n'évita pourtant pas tout-à-fait cet inconvénient. Ses lambeaux dépassaient trop le niveau de la plaie, et l'on dût, pour en assurer le contact, les comprimer de chaque côté au moyen de tampons de charpie par-dessus lesquels on fit passer des bandelettes agglutinatives. Le reste du pansement fut achevé comme à l'ordinaire.

Le lendemain de l'opération, 16 novembre, la malade était très-contente de sa position. Depuis son entrée, disait-elle, elle n'avait pas eu d'aussi bonne nuit; mais elle avait eu trois selles liquides et n'avait pu uriner d'elle-même. (Riz gommé, sirop de coings, potion gommeuse, bouillon.)

17. Elle se trouve encore assez bien, mais elle a eu plusieurs selles comme la veille; elle a besoin chaque fois d'être mise sur une chaise percée. (Même médication, semouille.)

19 La malade est très-abattue, se plaint beaucoup, pressent sa fin prochaine, et dit qu'elle la désire. (On continue le même traitement; on accorde encore une semouille.)

20. Abattement général plus grand, facies très-altéré, langue rouge, épigastre sensible à la pression : la malade a eu trois selles liquides et plusieurs vomissemens. (Riz gommé, sirop de coings, potion gommeuse avec sirop diacode, diète.)

21. Les vomissemens ont cessé; une selle; peu de fièvre; la malade est très-abattue et mélancolique.

22. La malade va mieux, son facies est moins altéré, elle n'a pas eu de selle et a uriné facilement; elle éprouve moins de douleur dans la région lombaire, et redemande quelques alimens. (Vermicelle, etc.)

23. Elle se trouve un peu mieux encore que la veille, elle a moins de fièvre, le facies est meilleur. Cours des urines libre, une selle. La malade demande instamment un peu de café qu'on lui accorde.

24. Le mieux se soutient et semble se raffermir; on renouvelle pour la première fois l'appareil. Grande quantité de suppuration dans les pièces du pansement; la surface du moignon en était baignée; la réunion immédiate avait complètement échoué, et le pus s'était accumulé entre les lèvres de la peau. On nettoie la plaie avec des lotions légèrement chlorurées, et l'on renouvelle le pansement en ne pratiquant désormais qu'une réunion immédiate.

25. La malade est dans un état d'assoupissement profond depuis hier; elle accuse des douleurs vives au côté droit de la poitrine. La percussion n'y indique rien; l'auscultation y fait reconnaître du râle muqueux assez abondant. On renouvelle le pansement; la plaie avait fourni une grande quantité de pus; celui qui était en contact avec elle était sanieux et de mauvaise nature. Les lèvres de la plaie semblent plus flasques et d'un plus mauvais aspect. (Tisane et potion *id.*, toujours un peu d'alimentation.)

La malade expire enfin le 26, ayant continué de se plaindre souvent, surtout pendant la nuit, de la douleur qu'elle ressentait au côté, et étant demeurée plongée dans cet état d'anéantissement profond déjà très-prononcé de la veille.

L'autopsie, que nous ne relaterons pas en détail, n'a point présenté les lésions auxquelles on était en droit de s'attendre, d'après les derniers symptômes qu'éprouva la malade. Ni les veines profondes ni les superficielles du membre amputé ne présentèrent aucune trace d'inflammation. On ne trouva point de collection purulente dans le poumon droit, qui n'offrit que de l'œdème et de l'emphysème dans divers points. La plèvre contenait six à huit onces de sérosité; le poumon gauche n'offrait aucune lésion apparente. Le volume du foie était augmenté, mais cet organe ne contenait pas de collection purulente. La muqueuse intestinale était ramollie et décolorée dans certains points, injectée, et offrant quelques ulcérations vers la valvule iléo-cœcale. Le col de la vessie avait peut-être été comprimé, dans diverses positions de la malade, par un pessaire obliquement placé dans le vagin. Les autres détails de l'autopsie seraient ici sans intérêt.

La mort, dans l'observation qui nous occupe, s'explique assez par l'âge avancé de la malade et par les accidens formidables auxquels elle a dû résister pendant plusieurs jours avant l'opération, pour qu'on n'ait aucun motif plausible de l'attribuer à la méthode de traitement qu'on a mise en usage. Déjà épuisée par une longue suppuration et le dévoiement colliquatif, il ne restait presque aucune chance de la sauver lorsque l'amputation fut pratiquée. On conçoit dès-lors que la réunion ait échoué sur un sujet aussi faible, et dont la vitalité était, en quelque sorte, désormais au-dessous des frais qu'eût nécessités la cicatrisation. Mais est-il permis de croire que, par l'effet de cette circonstance, le pus, s'étant formé et séjournant à la surface de la plaie, ait été pompé par les veines du moignon, et soit devenu la cause du dévoiement et des autres accidens auxquels la malade a succombé? Telle n'est point notre opinion, fondée entre autres raisons dont nous nous servirons plus tard pour mieux l'établir, sur ce que l'autopsie n'a point fait reconnaître de collections purulentes dans aucun des organes de cette femme.

Obs. VIIe — *Carie de la main gauche et tumeur blanche du coude; amputation du bras; réunion immédiate; levée du premier appareil le douzième jour; guérison définitive le vingt-et-unième.* — Une fille de 18 à 19 ans, pâle, chlorotique, et d'un développement incomplet, entra à l'hôpital Necker, atteinte de carie scrofuleuse des os de la main gauche et d'une tumeur blanche déjà avancée du coude correspondant. La suppuration abondante que fournissaient les os du carpe et du métacarpe complètement ramollis, et l'altération profonde des parties molles qui les entouraient, réagissaient fortement sur la constitution de la malade, en même temps que la tumeur blanche du coude faisait des progrès rapides. L'avant-bras

était entièrement amaigri et ne paraissait plus qu'un moyen d'union entre ces deux centres du travail morbide. La malade demandait instamment l'opération, se sentant de jour en jour plus faible, et succombant aux vives douleurs auxquelles elle était depuis quelque temps en proie. Quoique les digestions fussent laborieuses, le dévoiement n'avait pas encore paru, mais il ne fut pas possible de constater, au moyen de la percussion et de l'auscultation, la présence de nombreux tubercules dans les deux poumons, comme l'extérieur de la malade le faisait du reste suffisamment soupçonner. Il n'y avait point encore de râle muqueux, point de cavernes, ni même de toux sèche et fréquente, symptôme si ordinaire du ramollissement prochain des tubercules, comme de leur présence dans le parenchyme pulmonaire. Au milieu de tant de conditions défavorables et dans la presque certitude de voir la phthisie faire des progrès rapides, et la malade succomber peu de temps après l'opération, on ne put cependant résister aux instances de cette malheureuse qui sollicitait l'opération, et dont le moral était également très affaissé. Transportée à l'amphithéâtre et près d'être opérée, elle aperçoit les instrumens disposés à cet effet sur un plateau laissé par mégarde à portée de ses regards, et est aussitôt saisie d'une frayeur qui détruit toute sa résolution. L'idée de la douleur d'un moment lui faisant oublier les souffrances continues qui la poursuivaient depuis un mois, elle rejette au loin des chances fugitives de guérison qu'elle devait acheter à ce prix. Toutefois, cruellement tourmentée nuit et jour par son mal, elle forme avec plus de résolution que jamais le projet de s'en faire débarrasser, et deux jours après elle demande de nouveau l'opération, promettant fermement de ne point manquer cette fois de courage.

L'amputation du bras fut en effet pratiquée, et la malade fut aussi courageuse qu'elle l'avait promis. Le bras avait encore assez d'embonpoint, les muscles n'en étaient que médiocrement atrophiés; les artères furent liées sans qu'il se fût presque écoulé de sang, et la plaie réunie immédiatement comme dans les observations précédentes. Les jours suivans, la malade fut soumise à une alimentation de plus en plus substantielle, mais pourtant avec toute la prudence que commandaient les accidens graves auxquels on avait lieu de s'attendre. Cependant la fièvre traumatique fut courte et modérée; la malade eut chaque nuit un sommeil paisible dont elle ne goûtait qu'imparfaitement les douceurs depuis si long temps; elle demandait plus d'alimens, reprenait de la gaîté, et se disait heureuse dans sa nouvelle position. Elle arriva au 12e jour de l'opération, attendant avec impatience qu'on renouvelât le pansement.

On leva l'appareil avec les précautions déjà indiquées, et la plaie mise à nu parut réunie dans toute son étendue, si ce n'est la partie inférieure où se trouvaient les ligatures. Le moignon n'était ni gonflé ni douloureux, et supportait sans douleur des pressions assez fortes qui ne firent point reconnaître de foyer purulent dans l'épaisseur et entre les lèvres de la plaie. Les ligatures résistèrent à de légères tractions; mais le lendemain, au second renouvellement de l'appareil, elles tombèrent toutes, à l'exception d'une seule. Enfin la plaie fut entièrement fermée le 21e jour de l'opération; la cicatrice était enfoncée, linéaire, à peine apparente, et le moignon du plus bel aspect. Déjà, depuis quelques jours, on accordait à la malade une nourriture plus abondante, tonique, composée principalement de viande rôtie, en un mot, appropriée à son état. On vit alors sa santé se rétablir rapidement, et ses formes se dessiner chaque jour d'une manière sensible. Après être restée quelque temps à l'hôpital, où elle pouvait se rendre quelquefois utile, elle rentra dans sa famille parfaitement rétablie, contente de sa position, ayant acquis de l'embonpoint, de la beauté, et devenue méconnaissable.

Cette observation nous semble démontrer que la méthode de traitement qu'on a suivie, en préservant la plaie de la suppuration, a prévenu toute réaction sur les organes pulmonaires, retardé par suite le ramollissement des tubercules qu'ils contenaient, et prolongé leur état latent. On voit trop souvent des opérés, présentant des signes moins certains de phthisie, succomber à la fonte des tubercules amenée par la suppuration des moignons, pour ne pas être forcé d'admettre l'influence fâcheuse de ce travail de sécrétion dans de semblables circonstances. L'embonpoint rapide que la malade a pris est aussi digne de remarque. Il n'est pas rare de rencontrer des personnes dont les poumons sont farcis de tubercules, offrir l'apparence de la santé la plus florissante quelque temps avant que le ramollissement mortel de ces productions pathologiques ne survienne. Ayant voulu recueillir des renseignemens plus récens sur la jeune malade qui fait le sujet de cette observation, nous avons appris de ses parens que cinq à six mois après l'amputation qu'elle avait subie, elle avait rapidement succombé à la phthisie, après avoir acquis un embonpoint et une fraîcheur remarquables qui faisaient l'étonnement des personnes qui l'avaient connue auparavant.

VIIIe Obs. — *Fracture comminutive de la jambe; amputation au-dessus du lieu d'élection; conservation, dans le moignon, de l'extrémité supérieure du péroné; réunion immédiate; premier pansement le 12e jour; le 26e guérison complète.* — François Thomier, ouvrier maçon, âgé de 29 ans, eut la jambe droite fracturée comminutivement par la chute d'une grosse pierre sur ce membre. Non-seulement les deux os de la jambe furent brisés en éclats à l'endroit où porta le corps vulnérant, mais encore les parties molles furent considérablement meurtries, et le tibia faisait saillie à travers une plaie irrégulière et contuse. Les nombreuses solutions de continuité des os, et les lésions profondes des parties molles, ne laissèrent pas un instant l'espoir de conserver le membre à ce sujet sanguin, jeune et vigoureux, et chez lequel on avait à redouter les accidens inflammatoires les plus intenses. Aussi se décida-t-on sur-le-champ, et du consentement du malade, à pratiquer l'amputation. Les désordres du membre n'ayant pas permis de l'amputer dans le lieu généralement indiqué, il fut cependant possible de conserver, sur les chairs restées intactes, des lambeaux suffisans pour pratiquer la réunion immédiate avec espoir de succès. La section des os fut faite à moins de quatre travers de doigt au-dessous de l'épine du tibia, lieu ordinaire d'élection, et cependant on ne crut point devoir, d'après le précepte de M. Larrey, pratiquer la désarticulation de la tête du péroné, pour éviter une plaie anfractueuse, et conserver à la réu-

nion immédiate le plus de chances possible de succès. Dans le même but, à cause de la double fracture, on eut soin de tenir solidement fixé le péroné au moment où l'on en pratiquait la section avec la scie, pour prévenir les ébranlemens de son extrémité supérieure et l'inflammation des parties molles qui l'avoisinent. L'angle saillant du tibia fut enlevé par un premier trait de scie, d'après le précepte de Béclard, et comme M. Marjolin paraît l'avoir conseillé le premier. On lia ensuite les artères tibiales antérieure et postérieure, et la péronière, terminaison de la poplitée qui ne fut pas intéressée dans la section des diverses parties du membre, quoique cette section fût faite plus haut que de coutume. Des artères musculaires de moindre importance furent également liées avec soin.

La peau, détachée des sinus sous-jacens dans une certaine étendue, se prêta sans efforts à la réunion immédiate qui fut assurée par de nombreuses bandelettes agglutinatives prenant au loin leur point d'appui de chaque côté du moignon. La plaie fut obliquement dirigée de dedans en dehors vers le péroné, et les ligatures rassemblées à son angle inférieur. Le pansement achevé comme d'ordinaire, le membre fut placé sur un coussin médiocrement serré, le moignon et la cuisse dans un état de demi-flexion, pour mettre les muscles dans le relâchement et prévenir les tiraillemens de la plaie. On prescrivit une potion calmante, de la limonade et la diète. Mais le soir l'agitation du malade et l'impulsion fréquente du pouls nécessitèrent une saignée de trois palettes.

Ces accidens cessèrent bientôt, et dès le lendemain le malade fut en état de prendre un peu de bouillon coupé. Les jours suivans il était dans l'état le plus satisfaisant, et l'on put sans danger augmenter ses alimens. Mais le 7.e ou 8.e jour, le malade, incommodé par l'odeur du moignon, et surpris de n'avoir pas encore été pansé, demanda la cause de ce retard et fut aisément rassuré.

L'appareil fut renouvelé le 12.e jour de l'opération : les pièces en étaient agglutinées par la dessiccation des fluides assez abondans fournis par certains points du moignon ; toutefois la plaie fut trouvée dans un état satisfaisant. Ses lèvres étaient exemptes de gonflement, et l'adhésion primitive en avait été obtenue, si ce n'est à l'angle inférieur dans un trajet étroit, autour des ligatures, et supérieurement au niveau de la section de la crête du tibia ; la partie moyenne de la plaie était dans toute sa profondeur parfaitement réunie, et la compression ne faisait sourdre du pus d'aucun point du moignon. L'appareil fut renouvelé chaque jour, et les dernières ligatures achevèrent de tomber au troisième pansement. Dès ce moment la cicatrisation du trajet fistuleux qu'elles entretenaient fut prompte. Déjà des bourgeons charnus s'élevaient de la surface apparente du tibia ; leur organisation faisait chaque jour des progrès, et la cicatrice secondaire qui leur succéda fut terminée le 26.e jour de l'opération : le malade put alors quitter son lit et marcher d'abord avec des béquilles, ensuite sur une jambe de bois, sans que la cicatrice, linéaire à sa partie moyenne, mais très apparente à son angle supérieur où elle avait eu lieu au moyen des granulations, devînt trop douloureuse ou se déchirât. Le moignon, quoique plus court que de coutume, offrait un point d'appui suffisant, et s'adaptait parfaitement au membre artificiel.

IX Obs. — *Luxation du pied compliquée de fracture au tiers inférieur du péroné, d'arrachement de la malléole interne et de saillie du tibia à travers les tégumens et la capsule articulaire déchirés ; inflammation consécutive de la jambe et de l'articulation ; fusées purulentes étendues ; dénudation du tibia, délire, etc. ; réunion immédiate, hémorrhagie du moignon ; mort 24 heures après l'opération.* — J. Ramol, entrepreneur de travaux, âgé de 42 ans et d'une bonne constitution, eut la jambe droite luxée à son articulation tibio-tarsienne, par la chute d'une voiture pesamment chargée, dont le timon porta sur la partie inférieure externe du membre. Renversé par la violence du coup, cet homme fut dans l'impossibilité de se relever de lui-même et fut transporté chez lui par ses camarades ; il ne tarda pas à y recevoir les soins d'un chirurgien qui incisa crucialement la peau et la partie interne de la capsule de l'articulation tibio-tarsienne à travers lesquelles le tibia faisait une saillie considérable en dedans ; à la faveur de ce débridement, la réduction put en être pratiquée, et les parties furent maintenues en place par l'appareil ordinaire mais imparfait des fractures de la jambe. Le lendemain 18 novembre, le malade se fit transporter à l'hôpital Necker, et je trouvai l'appareil insuffisant, mal appliqué, et la luxation incomplètement réduite ; mais dans ce moment, les douleurs vives que le malade avait éprouvées pendant son transport, la tuméfaction considérable qui était survenue et l'intensité des autres accidens me détournèrent d'une exploration douloureuse, indispensable pour apprécier exactement le lieu et la nature de ces lésions. Plus tard, on constata l'existence d'une fracture au tiers inférieur du péroné, ainsi que l'arrachement de la malléole interne du tibia avec déchirure du ligament et de la capsule articulaire à travers laquelle le tibia avait pu, lors de l'accident, faire saillie au dehors. L'appareil fut trouvé pénétré d'un mélange de sang, de pus et de synovie : on le renouvela, et le malade fut saigné une seconde fois et mis à un régime convenable.

21 novembre. L'appareil pénétré de pus fut renouvelé comme les jours précédens ; un large cataplasme fut appliqué sur le membre, et le malade saigné de nouveau.

22. La tuméfaction avait considérablement augmenté ; le pansement fut renouvelé ; le malade passa bien la journée, mais la nuit il eut du délire, se leva sur son lit et dérangea l'appareil.

23. Le gonflement et la tension étaient portés si loin qu'il fut impossible de sentir l'extrémité fracturée du péroné jusqu'alors très-appréciable et saillante sous les tégumens ; le pansement fut renouvelé ; les rapports naturels des parties avaient été détruits par le malade en délire. Une nouvelle saignée ne le mit pas à l'abri du délire la nuit suivante, mais il ne put défaire ni toucher à son appareil, ayant eu les bras enveloppés dans la camisolle.

24. Le pus avait encore été sécrété en abondance ; à la face interne de la jambe près de la malléole, existaient des phlyctènes au dessous desquelles on trouva la peau et le tissu cellulaire sous-cutané frappés de mort, et des fusées purulentes qui venaient sourdre près de la déchirure de l'articulation : on incisa ces trajets fistuleux sur une sonde canelée, et l'on vit alors la partie correspondante du tibia dénudée à une certaine hauteur. En dehors, sur le trajet du péroné,

on sentait une crépitation produite par des gaz ; une incision profonde pratiquée en ce lieu donna issue à une grande quantité de pus. On pratiqua, sur divers autres points de la jambe où la tension était grande plusieurs autres débridemens qui firent cesser l'étranglement et par lesquels s'écoula une grande quantité de sang; ces incisions furent maintenues béantes par l'interposition d'un peu de charpie, et l'appareil fut renouvelé comme les jours précédens.

25. Gonflement beaucoup moindre; grande quantité de pus et de synovie fournis par les nombreux débridemens pratiqués la veille, et l'articulation largement ouverte. (Pansement *id.*)

26. La suppuration était toujours très-abondante, quoique le gonflement eût diminué ; depuis deux jours, le malade avait continuellement un délire sourd, peu prononcé pendant qu'on le panse; il fait involontairement quelques efforts musculaires qui reproduisent la luxation. Le tibia faisait une saillie considérable à travers la plaie, et malheureusement il fut possible alors de constater quel était l'état des parties au moment de l'accident. La réduction, quoiqu'on l'essayât à plusieurs reprises et de diverses manières, fut impossible, ce qui tenait moins à la contracture des muscles qu'à la présence, dans l'articulation, d'un fragment du bord articulaire externe du tibia qui s'opposait à la rentrée de cet os. De plus, le tibia parut dénudé à une plus grande hauteur qu'on ne l'avait pensé. Dès lors les chances de guérison parurent plus que jamais imaginaires, et l'amputation fut décidée. Le pied fut maintenu immobile avec une attelle et quelques tours de bande jusqu'au moment de l'opération qu'on pratiqua à la fin de la visite. Dans cet intervalle et à l'occasion des douleurs vives qu'avaient fait naître le déplacement et les tentatives réitérées de réduction, le délire avait singulièrement augmenté. Néanmoins l'amputation fut pratiquée selon la méthode ordinaire; le malade parut en ressentir faiblement les douleurs, et après avoir quelques temps balancé entre la réunion médiate et l'immédiate, à cause de l'état du malade, ce fut cette dernière qu'on mit en usage; des bandelettes agglutinatives y suffirent, et le pansement fut achevé comme de coutume.

Peu de temps après l'opération, le délire fut un peu moindre, mais il reprit bientôt toute son intensité; le soir, il était à son comble ; ce malheureux réveilla souvent, pendant la nuit, les malades ses voisins, et, par ses lamentations, faisait naître dans leur cœur de pénibles sentimens; la tendresse paternelle et l'amitié conjugale semblaient chez lui s'accroître avec l'égarement de la raison ; la position cruelle dans laquelle sa mort allait plonger sa famille était le thème unique de ses divagations; au bord de la tombe, ce malheureux suppliait de ne pas laisser sa femme et ses enfans dans la misère, et il consuma le dernier souffle de sa vie à implorer pour leur mère une place qui les mit à l'abri de la nécessité. Le délire continua toute la nuit; à 5 heures, survint une hémorrhagie du moignon qui lui fit perdre six palettes de sang environ et nécessita la compression de la crurale. A 7 heures, le malade vivait encore, mais il était sans connaissance et bientôt après il expira.

L'autopsie fut faite le lendemain 29; on apporta la plus grande attention à l'examen du moignon; les pièces extérieures de l'appareil et les bandelettes agglutinatives détachées, on trouva entre les lèvres de la plaie un caillot assez considérable qui les éloignait l'une de l'autre; une injection d'eau simple, poussée avec précaution et sans effort dans la crurale, jaillit par l'artère tibiale postérieure seule; c'est l'unique voie par laquelle le sang ait pu se faire jour; toutes les autres ligatures résistèrent à l'injection même forcée. Du reste, on ne découvrit aucune trace appréciable d'inflammation dans le moignon ou dans ses vaisseaux. Les méninges étaient injectées et adhéraient aux hémisphères; la substance cérébrale était elle-même pénétrée de sang et les vaisseaux encéphaliques uniformément distendus, ce qui tendrait à prouver que l'hémorrhagie fut médiocre et n'a été qu'une cause bien éloignée de la mort.

Ces deux observations méritent un examen attentif, pour reconnaître d'une manière précise la part qu'ont eue dans les résultats obtenus la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil. La première nous offre une exemple des efforts que fait l'organisme pour la cicatrisation dans tous les cas où des accidens ou des complications graves n'opposeront pas des obstacles insurmontables; mais la seconde fait naître quelques questions d'un haut intérêt; d'une part, a-t-on eu tort de donner la préférence à la réunion immédiate, malgré le délire du malade, et celle-ci l'a-t-elle augmenté, et contribué par suite à causer la mort? peut-on dire aussi, comme autrefois quelques chirurgiens l'avaient cru, que l'hémorrhagie ait été déterminée par la réunion? Sous le premier rapport, nous croyons qu'en pansant la plaie médiatement, en accumulant à sa surface des pièces de linge qui y auraient causé de l'irritation, on eût agacé le système nerveux et augmenté de la sorte les accidens et le délire; que s'il était permis de penser que la réunion médiate, en excitant le moignon, eût déterminé par la suppuration une dérivation salutaire contre les accidens cérébraux, il faut reconnaître que la mort est survenue avant que n'eût pu s'établir cette suppuration, et que dès lors le premier effet inévitable de ce mode de pansement eût été d'irriter la surface de la plaie et de réagir fortement sur le système cérébro-spinal. Sous ce rapport donc il semble qu'on ait eu raison d'opter pour la réunion immédiate, à laquelle on ne saurait attribuer aucun des accidens qui existaient déjà avant l'opération et qui ont persisté depuis.

Mais l'hémorrhagie doit-elle reconnaître pour cause la conduite que l'on a tenue, comme on pourrait le supposer d'après un des beaux mémoires de Pelletan? Raisonner ainsi, ce serait, sans contredit, vouloir admettre l'erreur sans examen. Car s'il était vrai que la réunion favorisât l'hémorrhagie secondaire, celle-ci ne pourrait s'effectuer à travers les vaisseaux principaux qui tous ont été embrassés et oblitérés par la ligature; elle devrait se faire par les petites artérioles qu'on n'a pu ni apercevoir, ni saisir, et qui, crispées pendant l'opération, lorsque la plaie était frappée du contact de l'air, se laissent de nouveau dilater quelque temps après la réunion par l'impulsion sans cesse renouvelée du cœur : telle serait, je crois, la seule manière dont se ferait l'hémorrhagie. Mais dans le cas qui nous occupe, c'est la plus grosse artère du moignon, la tibiale postérieure, qui en a été la source, quoiqu'elle eût été oblitérée par la ligature au moment de l'opération ; il faut donc admettre que l'inflammation étendue du membre s'était propagée jusqu'à cette ar-

tère qui, ramollie déjà par la phlegmasie, n'a pu résister à l'action du fil. La réunion immédiate n'est donc pas la cause de cette hémorrhagie, qui aurait à plus forte raison dû survenir si l'on eût déterminé la phlogose et la suppuration de la plaie en pansant immédiatement.

Remarques sur le chatonnement du placenta ;

PAR P. GILLEMOT, *D. M. P.*

Les formes que la matrice reçoit des contractions irrégulières de ses fibres musculaires sont extrêmement variées. Peu sensibles dans l'état de grossesse, plus apparente dans le travail de l'enfantement après l'écoulement des eaux de l'amnios, elles se dessinent surtout après l'expulsion du fœtus et pendant la délivrance. Cet organe, à ce dernier temps de la parturition, dans quelques cas, s'alonge, s'étend jusqu'à l'épigastre, et affecte une forme cylindrique; d'autres fois il s'arrondit et devient globuleux. Quelquefois il se bosselle, en présentant des parties en contraction, et d'autres dans le relâchement; il peut encore prendre une figure pyriforme, et nous offrir, par le resserrement de son col, l'image d'un sablier. Toutes ces formes variées peuvent se réduire à deux espèces principales, et se rattacher à deux ordres de causes. Les unes tiennent à la conformation de la matrice, les autres se développent à l'occasion de la présence du placenta dans ce viscère. Les autres formes intermédiaires composées doivent être confondues avec ces deux états, car elles n'ont rien de particulier sous le rapport des accidens qui se manifestent et des indications que nous avons à remplir. On peut donner aux formes de la première espèce le nom d'*hour glass*, et maintenir le terme de chaton à la cellule formée autour du placenta, lorsque la matrice se dessine autour de cet organe vasculaire, dans ses contractions irrégulières. L'espèce de confusion qui règne dans les auteurs sur ce sujet, m'oblige à entrer dans quelques développemens sur l'un et l'autre de ces états.

Ambroise Paré, et son disciple Guillemau, ont signalé le resserrement du col utérin comme un obstacle à la délivrance; ils se sont bornés à constater ce fait, et à donner des préceptes. Mauriceau, en notant le même accident, développe mieux sa pensée : « Le plus souvent, dit-il, ce n'est pas tant l'adhérence de l'arrière-faix à la matrice qui le retient ainsi en dedans, que la seule contraction de son orifice interne, en la partie intérieure duquel il se fait quelquefois, immédiatement après la sortie de l'enfant, un fort étranglement semblable à celui qu'on voit au milieu d'une calebasse; car cet orifice, n'étant pas dilaté à proportion du corps de l'arrière-faix, l'arrête, et ne lui pouvant pas donner passage, fait souvent rompre et détacher entièrement le cordon de l'ombilic. » (Tome Ier, p. 253.) Peu nous avertit que le resserrement de la matrice, à son col, est une circonstance périlleuse, lorsque la dilatation n'a pas eu lieu. Le jugement qu'il porte sur le chatonnement du placenta est loin de nous donner les mêmes craintes sur le sort de la femme. Sous tous les rapports, il établit une grande différence entre le resserrement du col utérin et le chatonnement du placenta, dont nous lui devons la découverte. Levret admet la même distinction entre ces deux accidens. Stein, en adoptant les idées de son illustre maître, signale des cas où l'on rencontre cependant le placenta emprisonné même dans le fond de la matrice, ce qui a lieu, ajoute-t-il, lorsque les fibres circulaires moyennes de son corps se sont contractées et l'ont divisée en deux cavités, ce qui lui fait, en quelque sorte, affecter la forme d'une vessie de poisson. C'est dans cet état de la science que Baudelocque agita la question du chatonnement du placenta. Confondant ces deux accidens, il appliqua ce terme à la complication de la délivrance, désignée par Mauriceau. Quoique ce célèbre auteur ait mentionné séparément le resserrement spasmodique du col comme un obstacle à la délivrance, il est facile de s'apercevoir qu'entre ces deux accidens il n'établit aucune différence. Pour lui le chatonnement n'est que le résultat des contractions de l'orifice utérin. Sa pensée est exprimée à-peu-près dans les termes dont Mauriceau s'est servi pour nous transmettre son opinion. Pour l'un comme pour l'autre, la matrice présente la forme d'une calebasse, par l'étranglement dont le col à son orifice intérieur est le siége. Cette erreur de Baudelocque paraît plus frappante, lorqu'on suit l'histoire du chatonnement, et qu'on se rappelle que tous les observateurs ont rapporté cette découverte à Peu, et que depuis cette époque ils ont noté avec soin les différences qui séparent ces deux accidens. Le silence que Mauriceau garda sur ce sujet, dans les discussions scientifiques qu'il eut à soutenir avec Peu, est encore un nouveau témoignage en faveur des idées que nous émettons; car si cet habile accoucheur avait cru trouver quelque ressemblance entre les observations de son antagoniste et les siennes, il n'aurait pas manqué de contester à Peu une découverte dont ce dernier se faisait gloire. Il est un ordre de preuves qui donne une nouvelle force aux remarques que nous venons de faire : c'est dans les circonstances essentielles qui se montrent dans l'un et l'autre accidens, que nous les découvrirons.

1° *De l'hour glass* (1). — Levret a décrit avec exactitude les changemens qui ont lieu au col de l'utérus, après l'expulsion de l'enfant. « Si on porte, dit-il, la main dans la matrice, on découvre dans le vagin son col si défiguré, qu'il ressemble à une portion restante du gros intestin tronquée, et au fond duquel se trouve, à un pouce ou à deux pouces de longueur, une espèce d'étranglement qui est l'orifice interne froncé, et presque entièrement fermé. » Suivant Mme Boivin, le col utérin dans cet état de flaccidité présente quelquefois cinq à six pouces de longueur sur quatre ou cinq pouces de diamètre, comme elle l'a vu plusieurs fois, notamment chez une femme morte immédiatement après être accouchée. Dans cet exemple, l'utérus et l'orifice interne étaient parfaitement contractés, tandis que le col, resté dans l'inertie, offrait le volume et l'étendue du corps de l'utérus. Douglas adopte les mêmes idées dans la formation de l'*hour glass*: la stricture qui partage l'utérus, à l'union de son col et de son corps, détermine deux cavités, dont

(1) Les Anglais se servent indifféremment de cette expression pour désigner le resserrement du col ou le chatonnement du placenta. Elle ne désigne ici que le premier accident.

la supérieure comprend le corps et le fond, et l'inférieure le col et le vagin; l'une et l'autre ont une égale capacité. Baudelocque avait depuis longtemps émis quelques-unes des idées que nous avons énoncées, et comme Douglas il avait jugé que cet état devait d'autant mieux se passer à l'orifice utérin, que l'organe tendait sans cesse à reprendre cette forme, soit par sa conformation, soit par les lois auxquelles il obéit. Le resserrement que nous découvrons à l'orifice interne de l'utérus ne cède pas toujours pour livrer passage au placenta. Sous une influence que nous ne chercherons point à apprécier, il peut devenir permanent et ne pas permettre l'expulsion du délivre; c'est quelquefois un obstacle presque impossible à vaincre. Frank dit que l'orifice interne alors paraît plutôt un cercle de fer qu'une portion de la matrice en contraction. M.me Boivin a remarqué, avec raison, qu'on a souvent pris cette contraction de l'orifice interne pour la contraction irrégulière du corps de l'utérus. Ces erreurs ont été commises par des hommes justement célèbres : on peut se rendre raison de ces méprises, par les difficultés qu'on éprouve à bien préciser le lieu de resserrement au milieu des changemens du corps et du col de l'utérus. Il paraît même que l'attention des praticiens s'est toujours exclusivement appliquée sur les moyens à mettre en usage pour triompher de l'accident, et qu'ils se contentèrent de considérer le resserrement comme ayant lieu au corps de l'utérus, parce qu'il occupait la partie moyenne de l'organe. C'est du moins la pensée qui ressort de la lecture des observations. Mais en reportant sur ces faits les remarques tirées de l'examen anatomique de la matrice à ce temps de la parturition, on sera conduit à conclure que la partie moyenne de ce viscère correspond à son orifice interne. Il doit en être ainsi, lorsque le corps de l'utérus se trouve réduit par les contractions à ne pouvoir contenir que le placenta, dans un temps où le col continue d'être dans l'inertie, et conserve sa forme et ses dimensions.

L'observation de Mme Boivin est conforme aux idées que nous nous sommes formées sur le mécanisme de la délivrance. L'opinion de Mauriceau et de Baudelocque ajoute encore à cette démonstration. C'est à l'aide de ces connaissances, qu'on peut porter avec sûreté un jugement sur les observations où les auteurs ont comparé la forme de l'utérus à celle d'une calebasse ou d'un sablier.

2° *Du chatonnement du placenta.* — Si la matrice tend sans cesse à reprendre sa forme première, elle obéit encore à une autre loi : c'est celle de prendre, au milieu de ses contractions, la figure du corps qu'elle contient et sur lequel elle agit. Avant l'expulsion du fœtus et après l'écoulement des eaux de l'amnios, elle se resserre, s'applique étroitement sur le corps de l'enfant, et en dessine quelquefois les saillies et les membres. Après la sortie du fœtus et l'extraction du placenta, si on laisse la main dans sa cavité quelque temps, on sent qu'elle l'embrasse fortement et qu'elle l'enveloppe jusqu'au poignet. Elle présente alors une cellule disposée suivant la forme qu'on a donnée à la partie qu'elle renferme. De toutes les portions de ce viscère qui se contractent le plus énergiquement, ce sont celles qui répondent au poignet lorsque la main est bien fermée. Celles qui s'étendent depuis ce point jusqu'à l'orifice utérin n'offrent qu'une faible contraction. Le témoignage des auteurs ne permet aucun doute sur la réalité de ce fait; tous les accoucheurs sont à portée d'en reconnaître l'exactitude.

Les phénomènes qui se passent, soit autour du fœtus, soit autour de la main, peuvent se reproduire autour du placenta lorsque le décollement de ce corps éprouve des difficultés à s'opérer. La matrice se resserre sur lui, les contractions s'étendent sur toute sa masse, et les parois de cet organe, vis-à-vis la circonférence du placenta, ne rencontrant pas de résistance, se rapprochent et forment autour de lui le cercle que nous avons vu se dessiner sur le poignet de la main introduite. Dans quelques cas, la matrice ne se borne pas à se mouler sur le placenta, elle prend aussi l'empreinte de ses cotylédons, comme M. Velpeau a eu occasion de l'observer. La forme de la cellule ou du chaton devra être extrêmement variable, car le placenta n'offre pas toujours la même consistance, la même figure ni les mêmes conditions dans les adhérences qu'il contracte avec la matrice. Mais les différences les plus notables ont lieu lorsque le placenta s'implante sur les parties latérales antérieure et postérieure de l'utérus. Pendant que les contractions se montrent autour du lieu d'insertion, les autres parties de la matrice sont dans un état de relâchement et de contraction. Cette irrégularité d'action nous explique la facilité qu'on a de pénétrer dans la matrice, dans les cas de chatonnement. L'orifice interne du col peut être contracté ou relâché. Dans la première condition, l'accoucheur a rencontré deux cavités ou deux cellules, et dans la seconde, la main est arrivée sans obstacle jusqu'au lieu du chaton. Cette circonstance est la plus ordinaire. Mais dans cet état, la paroi de la matrice opposée à celle qui est le siége de la cellule est exposée à se renverser, comme nous en voyons des exemples dans les observations de Simson et de M. Herbin.

Les auteurs ont reconnu deux espèces de chatonnement, l'un complet et l'autre incomplet, suivant les dispositions de la matrice ou du placenta. Dans la première espèce, le placenta est cerné de tous côtés et emprisonné tout entier, excepté à l'ouverture d'entrée de la cellule. Dans la seconde espèce, la cellule ne circonscrit que ses bords, et l'encadre, pour ainsi dire, dans presque toute sa circonférence. Il peut être encore incomplet, lorsque le délivre est enfermé dans une cellule qui ne l'envahit pas entièrement; ce qui peut se présenter de deux manières différentes : la cellule est complète et le chatonnement incomplet, ou bien le chatonnement partage l'imperfection de la cellule. Je n'ai rencontré qu'un exemple de la première variété. Dans l'observation d'Agaste, de Valenciennes, la cavité était bien formée, et contenait le centre du placenta qui la tapissait intérieurement dans toute sa circonférence, tandis que les autres parties de cet organe vasculaire, à la sortie de la cellule, s'inséraient sur le reste de la paroi antérieure de la matrice. Après avoir reconnu cette disposition, Agaste procéda à l'extraction du délivre, en le cernant. Lorsqu'il parvint vers son centre, qui tapissait la poche, il eut des difficultés presque insurmontables pour l'en séparer, tant l'adhérence qu'il y avait contractée était forte. Après l'extraction du placenta, il le fit macérer pendant toute la nuit, et n'y remarqua d'extraordinaire qu'une ligne circulaire où il paraissait avoir été implanté aux parois de cette poche. Dans la deuxième variété, l'imperfection de la cellule tient à ce que la matrice n'a pu

prêter assez pour envelopper le placenta, ou à ce que cet organe n'a pas offert une résistance suffisante pour permettre à la matrice de se développer régulièrement sur les bords. La cellule, bien fermée à la partie supérieure, va comme en mourant se terminer du côté opposé ; le placenta, contenu en haut dans un enfoncement, est alors encadré vers ses parties inférieures, et souvent circonscrit par un cercle complété par des mamelons.

Le chatonnement peut se compliquer du resserrement de l'orifice du col utérin. Levret dit qu'il cessa de porter la main dans l'utérus, et d'étudier l'effacement de la cellule, parce que l'orifice de cet organe commençait à résister assez pour l'obliger de lui faire une légère violence. Ce qui s'est passé ici peut se répéter dans des cas de chatonnement, et nous donner la raison de l'existence de deux cellules placées au-dessus du col de l'utérus. La résistance de l'orifice utérin est alors un obstacle facile à vaincre. Les auteurs qui l'ont signalé ne paraissent avoir éprouvé aucune difficulté pour arriver jusqu'à la cavité contenant le placenta.

Le chatonnement peut encore être composé de deux ou trois cellules disposées dans la cellule principale, suivant l'arrangement des cotylédons placentaires. Nous en avons assez dit sur l'action de l'utérus sur le placenta et les cotylédons, pour donner ici plus de développemens.

Le chatonnement a lieu sur toutes les parties de la matrice ; mais là où il a été observé le plus fréquemment, c'est sur les parois antérieure et postérieure et les côtés de la matrice. Le fond en est très-rarement le siége. On doit concevoir ce fait, en portant son attention sur le mécanisme du décollement du placenta. La matrice, quoique se contractant régulièrement sur toutes ses parties, conserve une action moins énergique et moins concentrée dans son mouvement de retrait, à ses parois et ses côtés, qu'à son fond. D'où il résulte que le placenta sera plutôt décollé sur cette dernière partie que partout ailleurs, et que l'utérus, se resserrant davantage et concentrant ses contractions sur ce point, pourra plus promptement vaincre les adhérences établies que dans les cas où l'implantation serait sur toute autre région. Ce fait, bien constaté dans le dernier siècle et négligé de nos jours, devient évident lorsque le placenta est greffé à la fois sur le fond et sur l'une des parois ; il arrive, dans cette condition, que la section du fond se décolle le plus souvent la première, au lieu que la portion fixée à la partie latérale reste encore adhérente quelque temps. Une autre cause, qui s'ajoute pour favoriser la formation du chatonnement, c'est la disposition que présente la matrice dans ses contractions, lors du décollement dans le cas de l'insertion du placenta sur une des parties latérales ou sur l'antérieure. Le disque, qui répond au fond décollé le premier, se replie et est poussé vers l'orifice. « Si on introduit la main dans la matrice, pour achever le décollement et extraire le délivre, on sent que la partie de la matrice d'où il s'est décollé, s'est rapprochée de l'orifice, et que la portion du placenta qui reste adhérente est dans une espèce d'enfoncement que l'on prendrait alors pour le vrai fond de la matrice, tourné antérieurement ou latéralement. » D'autres causes peuvent encore concourir au développement de chatonnement du placenta. Des tractions exercées sur le cordon, pour procéder à la délivrance, et faites intempestivement, ne permettant point à la matrice de régulariser de contractions, stimulent ce viscère, sur les points d'insertion du placenta, à une époque où les autres portions de l'organe ne sont pas disposés à entrer en action. Les fibres musculaires ainsi excitées, en étendant leurs contractions sur toute l'étendue du placenta, forment à sa circonférence un cercle qui l'emprisonne. Ces effets se trouvent reproduits plus facilement, lorsque la matrice a été distendue par la présence de jumeaux, ou par l'abondance des eaux de l'amnios.

Le chatonnement fournirait encore matière à beaucoup d'autres observations ; mais comme elles peuvent rentrer dans celles que j'ai faites, je ne m'étendrai pas davantage. Le lecteur a pu saisir la chaîne des faits principaux, en tirer des idées générales, et établir entre les deux accidens les différences qui naissent des circonstances essentielles propres à chacun d'eux. Il nous reste à joindre sur ces deux complications de la délivrance des développemens d'une autre espèce. La contraction en *hour glass* n'a pas été de nos jours suffisamment appréciée dans ses résultats et tous ses dangers. Le traitement à lui opposer a été toujours mal tracé, et si des auteurs ont eu connaissance des travaux publiés à l'étranger, ils nous les ont transmis d'une manière si imparfaite et si fugitive, qu'ils ne sont pas passés dans nos ouvrages classiques. Les préceptes des anciens dominent encore dans le traitement proposé, quoique souvent des revers éclatans aient montré combien ils ont été en défaut. Le chatonnement mieux étudié est un accident moins périlleux, et où la main a toujours suffi pour opérer la délivrance ; si, sous le rapport du traitement, il y a peu à ajouter, il serait nécessaire de présenter aux faits la théorie nouvelle que j'ai exposée, et grouper autour d'elle tout ce qui peut servir d'éclaircissement et de démonstration. Dans l'histoire que j'ai tracée ailleurs du chatonnement du placenta (*Journal hebdom.*), on trouve des élémens et des preuves de cette opinion ; on a des motifs de conviction dans la relation des observations particulières que j'ai faites. Une autre cause, qui m'a obligé à résumer l'expérience de près d'un siècle, c'est que cette théorie était en opposition directe avec celle de Levret, et que, pour contre-balancer une si grande influence, il m'a fallu toute l'autorité des faits.

Obs. Ire — *Du traitement dans la contraction en* hour glass. — La rétention du placenta, dans la cavité utérine ainsi partagée, n'est pas en général de longue durée. Elle ne devient la source d'indications que dans les cas où elle se prolonge et où elle est accompagnée d'accidens qui nécessitent une prompte délivrance. Les auteurs anciens ont eu souvent l'occasion de rencontrer des rétentions du placenta de cette espèce. Mais dans le temps où la science des accouchemens s'est perfectionnée, ces faits sont devenus rares. C'est par l'exposition de ces mêmes faits que nous pourrons développer les moyens propres à opposer à cette complication de la délivrance, ou à remédier aux effets du séjour du délivre, lorsqu'ils surviendront.

Obs. Ire. — Je fus appelé (1), année 1779, auprès d'une femme de la principauté de Spire, qui, après être accouchée, était restée longtemps sans être délivrée. Une perte

(1) Ces deux observations appartiennent à Frank.

grave était survenue, et continuait encore lorsque j'arrivai. Le chirurgien s'était efforcé, pendant plusieurs heures, d'extraire le placenta. Pour connaître la cause de cet accident, je suivis de la main le cordon ombilical, et je ne pus parvenir au placenta qui était adhérent au fond de l'utérus. Le corps de cet organe était à son centre si resserré, qu'il ressemblait à ces cucurbites à deux ventres que l'homme des champs prépare pour conserver sa boisson, et qu'après avoir franchi l'orifice naturel, je rencontrai, vers la partie moyenne de l'utérus une autre ouverture, conduisant pour ainsi dire dans une autre matrice et devenant un nouvel obstacle à franchir; je tentai, à l'aide d'un ou de deux doigts, de dilater de toutes manières cette nouvelle ouverture et de préparer une voie à ma main pour arriver au placenta. Mais tous mes efforts furent inutiles. Privé de remèdes pharmaceutiques, n'ayant point à ma disposition de l'opium, j'eus la douleur de voir mourir cette malheureuse femme, avant qu'on ait pu avoir recours à l'administration de ce médicament.

Obs. II.e — Dans l'année 1784, une femme qui m'était attachée par les liens du sang, arrivée au terme de sa grossesse, fut prise des douleurs de l'enfantement, à midi; à huit heures du soir, cet accouchement se termina heureusement. Cependant la délivrance ne s'opéra point, et comme la perte ni aucun autre accident ne pressaient, j'abandonnai l'expulsion du placenta à la nature. Après une heure et demie, de nouvelles douleurs parturitives se montrèrent et donnèrent lieu à un nouvel écoulement de sang. Je tentai alors l'extraction du placenta, que je découvris adhérent au côté droit de l'utérus; mais ce viscère était à son centre si contracté que je ne pus avoir que la moitié du placenta; l'hémorrhagie s'arrêta pendant une demi-heure, durant laquelle j'avais cru devoir abandonner le reste du travail à la nature; mais le sang apparut de nouveau, ce qui me porta, en voyant le péril augmenter, à penser qu'il me convenait moins qu'à tout autre de prendre soin de ma parente. Je fis donc appeler auprès d'elle un homme fort habile dans l'art de l'accouchement. Il trouva l'utérus contracté spasmodiquement et prenant peu à peu une nouvelle ampleur. Après deux heures et demie, pendant lesquelles il appliqua tous ses soins, il ne put avoir que quelques portions du placenta emprisonné; la femme avait perdu beaucoup de sang; des renvois fréquens, inodores, des lipothymies, une agitation continuelle, le froid de la face et des mains, un pouls très petit, une sueur glacée, tout cela ajoutait à nos terreurs; la femme reprit un peu, se mit à nous parler; mais elle était encore soumise aux mêmes accidens; je priai mon ami, homme très expert, qui avait déjà tenté des injections d'eau froide dans l'utérus, de ne plus compter sur des secours manuels, et de se confier avec moi à l'opium, mélangé de l'extrait de l'écorce de quinquina et de la teinture de canelle. Une heure après cette administration, les symptômes diminuèrent successivement; le sommeil survint; les forces se relevèrent. Le lendemain 31 mai, l'écoulement du sang avait cessé; les douleurs étaient rares; l'abdomen mou, et l'utérus contracté; l'esprit de la malade était plus gai; la fièvre était faible, il n'y avait pas de soif; l'appétit se montra vers midi; le lait parut abondamment dans les mamelles; l'enfant prit le sein. Après midi, il y eut un léger frisson. Vers le soir, il y eut sécheresse et chaleur aux mains; la soif était nulle; il n'y eut pas de garde-robe; la chaleur s'accrut après un violent frisson, et les lochies coulèrent; le flux du sang augmenta, mais le placenta restait immobile: le bas-ventre était mou et sans douleurs. Mais la malade accusait des souffrances à la région lombaire et ressentait une chaleur brûlante dans les parties de la génération; la pression de l'estomac était douloureuse, et la malade avait vomi. Je prescrivis une once de manne avec six drachmes de sel neutre dans une solution de camomille. Je fis injecter souvent de l'eau tiède dans l'utérus. La malade était faible, assoupie, d'une pâleur extrême; le pouls était fréquent; des insomnies la tourmentaient. Je fis poser des cataplasmes sur le bas-ventre; un lavement fut administré et soulagea la malade. Cependant la soif était très vive; une mixture saline et légèrement purgative fut administrée. La nuit fut agitée; la chaleur augmenta; elle fut plusieurs fois à la garde-robe; les selles étaient fétides, le ventre mou, mais il était tuméfié; la douleur s'était accrue aux lombes et à l'os sacrum; la soif continuait d'être vive.

Le 1er juin, les mêmes symptômes continuèrent. Des lavemens furent administrés, et des injections d'eau tiède dans l'utérus furent faites; des cataplasmes furent appliqués sur le bas-ventre. Pendant la nuit, une douleur, comme pour accoucher, se fit sentir; le sang apparut d'abord en caillots, et après cette évacuation, s'échappa le reste du placenta; il était d'une odeur fétide, entouré de sang; les douleurs continuèrent encore pendant deux heures; elles furent ensuite heureusement remplacées par le sommeil.

Le 2 juin, la fièvre diminua; la malade était toujours pâle, faible; elle eut quelques désirs de prendre de la nourriture. Aucun médicament ne fut donné. Un lavement produisit une selle copieuse; en allant à la garde-robe, il y eut chute d'une partie du vagin, qui fut bientôt replacée. Des injections d'eau tiède furent continuées dans la matrice. Une selle abondante eut lieu. Vers le soir, la malade accusa une forte douleur à la région de l'utérus; la faiblesse était plus grande, mais la fièvre existait à peine.

Le 3 juin, la malade était frappée de la crainte de la mort, et on parvint à la calmer par des consolations plutôt que par l'emploi des médicamens. Les lochies diminuèrent tous les jours, et la malade entra en convalescence; mais le prolapsus du vagin, quoique incomplet, retint encore la femme au lit pendant quelque temps.

Des rétentions du placenta produites ainsi par le resserrement du col de l'utérus ne sont pas rares; la dilatation n'offre pas toujours les mêmes difficultés que Frank a rencontrées dans les deux observations que nous venons de rapporter. Mais il pouvait se joindre encore un autre accident qui aurait ajouté aux obstacles: le cordon ombilical aurait pu être rompu et la main du chirurgien aurait été privée d'un guide pour être dirigée; c'est un de ces accidens dont les accoucheurs anciens se sont souvent plaint, lorsqu'ils ont été appelés après des manœuvres faites par des hommes imprudens. Si cette rétention du placenta n'est pas accompagnée d'accidens graves, la délivrance doit être plutôt abandonnée aux efforts de la matrice, que d'avoir recours à des tentatives prématurées et violentes, toujours signalées par des événemens malheureux. Mais si le sang s'échappe abondamment de

l'utérus, et si la contraction spasmodique s'oppose à l'extraction du placenta ou de quelques-unes de ses parties, comme dans les exemples exposés, il arrivera ce que nous avons vu dans la première observation; la femme, réduite à la dernière extrémité, sera soumise à une hémorrhagie mortelle.

Dans ces cas, l'indication se réduit à arrêter l'accident qui complique la rétention du placenta. Au milieu de ces circonstances, presque tous les accoucheurs n'ont vu de salut pour la femme que dans l'extraction. Aussi ont-ils appliqué tous leurs soins à nous décrire l'opération manuelle, pour terminer promptement la délivrance, sans donner de conseils sur la résistance du col utérin, lorsqu'il devient un obstacle insurmontable. Une cause qui a rendu encore cet accident plus désastreux, c'est l'opinion généralement répandue et enseignée, que la perte ne peut être arrêtée que par une prompte délivrance. De là est née cette nécessité de franchir le plus tôt possible le col utérin pour avoir le placenta. Les archives de la science renferment assez d'exemples malheureux de ces manœuvres violentes et continuées jusqu'à la mort de la femme. En portant l'attention sur ce qui se passe à la cessation de la perte, on peut découvrir qu'elle s'opère plus par la régularisation des contractions utérines que par l'extraction du placenta, et qu'en obtenant le premier effet il est probable que la femme sera affranchie du danger qui menaçait sa vie. Cette assertion devient une vérité presque démontrée dans la dernière observation de Frank. L'opium n'est pas le seul moyen que l'homme de l'art doit tenter dans de pareilles occurrences; tous les agens recommandés contre les pertes peuvent ici recevoir leur application. L'accoucheur peut puiser de nouvelles ressources dans la médication dont on a constaté l'efficacité dans les cas du resserrement du col utérin, lorsqu'il y a présentation du bras de l'enfant. Si l'accident cédait à l'emploi de ces moyens, et que le col continuât de présenter toujours la même résistance, on devrait imiter la réserve et la conduite de Frank, et ne pas exposer par de nouvelles tentatives la femme à périr, comme cela eut lieu dans l'observation rapportée par Peu. Le nom de l'auteur rattachant ce fait à notre sujet, je vais le transcrire.

« La femme d'un entrepreneur à Marly eut le malheur d'être accouchée d'un gros garçon par un novice en chirurgie, à qui l'adhérence du délivre donna l'occasion de rompre le cordon dans sa racine. Cet accident l'étonna si fort qu'il en fut déconcerté; de sorte qu'au lieu de tenir la main dans la matrice pour l'entretenir ouverte, pendant qu'on irait au secours, il la laissa refermer. Son accouchée fut trois jours entier en cet état, durant lesquels plusieurs chirurgiens des environs s'exercèrent et firent ce qu'ils purent pour la soulager. J'y fus mandé, et j'y passai la nuit du 3 au 4. Nous l'employâmes à la saignée du pied et en d'autres remèdes, pour tâcher de faire dilater les parties assez pour y introduire la main et attirer ce corps étranger entier ou en pièces du mieux qu'il serait possible. Le matin suivant je fis remarquer qu'il y avait déjà de l'ouverture à y porter le doigt, au bout duquel on sentait l'arrière-faix; ce qui nous fit espérer et conclure avec ceux qui étaient présens, qu'il fallait attendre plutôt que de rien forcer et de précipiter dans des symptômes infailliblement mortels. Ne pouvant faire plus, je m'en retournai à Paris, et j'appris à quelque temps de là, d'un de mes confrères, que cette femme ayant été forcée, contre l'avis et les mesures qu'on avait prises, elle était morte dans la perte de sang. » (*De la Pratique des accouchemens*, livre 2, page 519.)

La réflexion que je dois placer ici, avant de terminer l'histoire du traitement, est relative aux injections faites dans la matrice. On doit concevoir qu'un organe aussi volumineux que le placenta, soumis à la décomposition, doit provoquer des accidens graves dans le viscère qui le contient, si on ne s'empresse pas de le dépouiller des substances irritantes et putrides à mesure qu'elles se trouvent produites. Les injections, telles qu'on les fait de nos jours, ne peuvent conduire à ce résultat, car les seringues qu'on destine généralement à cet usage ne sont pas assez grandes et ne contiennent pas assez de liquide pour délayer et entraîner le limon putrescent, et pour faciliter en même temps la descente du placenta dans le vagin et sa sortie complète. Il devient donc nécessaire d'avoir recours à des seringues ordinaires qu'on aura soin de munir d'un tube de gomme élastique, et qu'on dirigera à l'aide du doigt dans l'orifice utérin pour faire des injections à grands flots dans la cavité de cet organe. Ce précepte, d'une exécution facile, recommandé par Levret dans les cas de l'extraction du placenta des fœtus abortifs, a été trop négligé de nos jours. Je dirai même que c'est à cette négligence qu'il faut le plus souvent attribuer les accidens graves qui se déclarent à la suite des avortemens. Les craintes des anciens n'étaient point exagérées lorsqu'ils donnaient tant d'importance à l'expulsion de l'arrière-faix, et leur pronostic était le plus souvent vrai, lorsqu'ils reconnaissaient pour cause de la mort les effets de l'absorption des miasmes que la décomposition du placenta a développés. Lors même que la délivrance est entièrement accomplie, il ne faut pas oublier que la matrice a été soumise à l'action prolongée de substances irritantes qui ont dû laisser une impression durable, et qu'il est nécessaire d'effacer jusqu'à la moindre trace de l'événement.

Du traitement du chatonnement du placenta. — Le chatonnement du placenta ne présente ordinairement d'autres indications que celles de porter la main dans la matrice, de pénétrer à l'aide de plusieurs doigts dans le chaton, de dilater son ouverture, et de favoriser les contractions utérines et l'expulsion du placenta. Le plus souvent ce corps est renfermé dans la cellule sans aucune adhérence. Il suffit alors de l'extraire. Ce sont les cas les plus communs. La complication qui a fréquemment lieu est la rupture du cordon ombilical; elle devient un motif de surprise et d'embarras plutôt qu'une cause d'inquiétude. La facilité qu'on éprouve d'entrer dans la cellule, a permis presque toujours de terminer promptement la délivrance lorsqu'une perte est venue s'ajouter. Sous le rapport de la terminaison, il existe de notables différences entre l'*hour glass* et le chatonnement, et ces différences se rencontrent également dans le traitement.

Lors de la délivrance, il n'est pas rare de voir, chez les femmes maigres, la matrice présenter sur sa surface deux tumeurs, dont l'une, semblable au cul d'une assiette, contient le placenta, et l'autre, placée plus bas et ordinairement sur le côté, s'unissant avec la première par une espèce de collet, constitue l'autre portion du corps de cet organe. A mesure que les contractions acquièrent plus d'intensité et plus de fréquence, on voit ces deux tumeurs s'effacer et se

confondre pour ne plus former que le globe utérin. Si, avant ce temps de la délivrance, on introduisait la main dans la cavité, on découvrirait une cellule renfermant le placenta, comme Leroux, de Dijon, l'a observé, ainsi qu'il le rapporte dans sa LIVe observation. Ces cas se présentent plus souvent qu'on ne le pense généralement, et le chatonnement du placenta n'est alors qu'un phénomène presque ordinaire de la délivrance; il ne devient accident que lorsque l'adhérence immédiate n'a pas été détruite par les contractions utérines, ou qu'elle a donné lieu par sa durée à la formation complète du chaton. Ainsi considéré, l'enkystement du placenta est une complication rare. On doit s'en rendre raison par ce qui se passe autour du placenta sous l'influence des contractions utérines; en effet, le placenta est non-seulement soumis au travail ordinaire du décollement, mais encore il se trouve comprimé et renversé sur lui-même dans le développement et la formation de la cellule. Ces deux causes ont presque toujours produit le décollement, ou bien ont affaibli les adhérences qui retiennent le placenta; l'accoucheur n'a eu la peine que de porter la main dans la matrice, de dilater le collet de la cellule; et s'il éprouve quelques difficultés elles viennent moins de l'accident que du lieu d'insertion du placenta où la main est obligée d'agir. Cependant il peut exister des complications qui nécessitent l'attention et toute l'habileté du praticien, pour arriver à la délivrance. Ces complications sont ordinairement : 1° une adhérence morbide; 2° le renversement d'une portion du corps de la matrice; 3° la perte. L'adhérence est le seul accident que je dois examiner, comme étant la cause première du chatonnement, et plus tard constituant dans les cas épineux toutes les difficultés. Les deux dernières complications n'ayant rien de spécial, j'ai dû les passer sous silence.

Van Doeveren rapporte, à la suite d'une observation de chatonnement où il éprouva de la peine à extraire le placenta, qu'il en rencontra un autre exemple où il fut obligé de l'extraire par morceaux. « *Anno enim insequente similis iterum mihi occurrit in fœminâ, partu admodum difficili, ob situm uteri obliquum, afflicta, in quâ, excusso fœtu, inveni placentam parieti anteriori uteri adnexam, sacco itidem peculiari inclusam, ad quem aditus patebat digitis per orificium, unum ferè pollicem cum dimidio sua diametro equans, et funiculum umbilicalem in uteri cavum emittens. Funis ruptura, firma placentæ adhæsio, locus adnexionis pro solutione ejus difficillimus, aliæque causæ, faciebant, ut non, nisi per partes et repetita conamina, à secundinis liberare potuerim decumbentem, quæ tamen feliciter dein evasit* » (*Specimen observationum academicarum*, page. 175.) Les délivrances ainsi compliquées n'ont pas toujours les mêmes résultats. J. Ingleby nous donne, dans son ouvrage, un exemple de chatonnement où l'adhérence ne put être détruite, et où la malade succomba.

« Je fus appelé, dit-il, vingt-six heures après la naissance de l'enfant, auprès d'une femme dont le placenta était encore retenu dans la matrice. Le cordon ombilical avait été arraché au point de son insertion; l'orifice de la matrice égalait la circonférence d'un dollar, et le doigt pouvait l'apprécier aisément, comme dans la première période du travail, et reconnaître une portion du placenta détachée immédiatement au-dessus. Je parvins à traverser le col utérin qui embrassait immédiatement ma main. La portion détachée du placenta pouvait être sentie à travers un rétrécissement dans le centre de l'organe, qui ne me permit qu'avec difficulté d'avancer plus loin mon doigt, et au-dessus duquel le placenta était fermement adhérent. Le jour précédent, l'accoucheur avait tenté de franchir ce passage; il m'assura que le placenta ne pouvait être senti; le resserrement embrassait étroitement le cordon, qui s'était alors rompu. Lorsque je vis la patiente le jour suivant, le spasme avait diminué d'intensité, et permettait à une partie du placenta de passer à travers. L'opium et l'huile de castoreum avaient été employés à hautes doses. La turbulence de la patiente me força de renoncer à toute entreprise; elle déclara qu'elle aimait mieux mourir que de permettre des tentatives pour vaincre le resserrement. Je fus encore appelé auprès de cette patiente cinq jours après. Elle était accablée par des souffrances et des douleurs qui étaient aussi violentes que lors du passage de l'enfant à travers l'orifice interne. La respiration était pénible, le pouls rapide; l'odeur qui s'exhalait des parties naturelles était intolérable; le danger était porté à son comble. La main passa encore à travers l'orifice de l'utérus, mais ne put franchir le second rétrécissement. Une large portion du placenta seulement s'échappait à travers cette ouverture. La mort arriva le treizième jour. L'autopsie cadavérique nous montra le corps de l'organe uniformément sain; une portion du placenta, de la grosseur d'un petit œuf, fut trouvé attachée au fond de l'organe, et son adérence était telle, qu'on ne put la détruire ni par les doigts ni par la macération. » (*A practical Treatise on uterine hemorrhage*, etc., page 196.)

Agaste, de Valenciennes, nous a donné aussi l'exemple d'un chatonnement du placenta, compliqué de l'adhérence morbide. L'accoucheur fut plus heureux, car il parvint à extraire le placenta tout entier. L'observation est trop remarquable pour ne pas être placée à côté de celle d'Ingleby.

« Je fus appelé, dit Agaste, le 21 septembre 1756, à neuf heures du soir, pour délivrer une femme qu'on me dit être épuisée de sang et accablée de douleurs, dont la cause procédait d'un placenta qu'une sage-femme n'avait pu extraire, quoiqu'elle eût fait jusqu'au moment de mon arrivée différentes tentatives pour délivrer cette femme, qu'elle avait accouchée à trois heures après midi, d'un enfant vivant et bien conformé. Je l'ai interrogée d'abord sur le sujet qui l'avait empêchée de terminer son opération. Elle me répondit qu'elle croyait qu'il y avait une mole dans la matrice. Cette réponse, qui me parut équivoque, me détermina à y porter la main, qui, guidée par le cordon ombilical, me fit reconnaître, au lieu d'une mole, une cavité ou poche située à la paroi antérieure de cette matrice, à environ trois travers de doigt au-dessus de l'arcade des os pubis, et dans laquelle cavité je ne pus introduire que deux ou trois doigts avec l'extrémité desquels j'en touchai à peine le fond, qui était aplati. Son entrée formait une espèce de col, du diamètre d'environ deux pouces, qui se trouvait beaucoup plus étroit que son fond, et dans laquelle cavité était placé le centre du placenta qui la tapissait intérieurement dans toute sa circonférence, de même que le reste de la paroi anté-

rieure interne de la matrice, où il s'était intimement attaché. Après avoir reconnu ces circonstances, je procédai à l'extraction du délivre, en le cernant. Lorsque je parvins vers son centre qui tapissait cette poche, comme je viens de le dire, j'eus des difficultés presqu'insurmontables pour l'en séparer, tant l'adhérence qu'il y avait contractée était forte. Ayant été obligé, pendant que je manœuvrais, de faire former un point d'appui sur les régions iliaque et lombaire gauches, par cette sage-femme, tandis qu'avec ma main gauche j'en formais un autre sur les régions opposées, pour assujettir la matrice, d'autant qu'elle vacillait pendant mon opération, que je n'ai pu accomplir sans faire sentir à la malade des douleurs très-vives, par rapport à l'adhérence intime de l'arrière-faix avec la matrice, où j'introduisis une seconde fois la main pour en tirer les caillots qui auraient pu y être restés, j'ai senti que cette cavité (dont la figure ne peut être mieux comparée qu'à celle d'une bourse de jetons à demi-fermée) était plus considérable, eu égard à l'issue du placenta qui la remplissait en partie, étant adossée au côté droit de la ligne blanche. La quantité de sang que cette femme avait perdu dans l'espace de six heures, que cette sage-femme l'avait toujours flattée de la délivrer, l'avait exténuée et affaiblie, au point que je désespérais de sa vie; car il est certain, comme je l'ai dit ci-dessus, qu'elle avait fait, dans cet espace de temps, différentes tentatives pour tirer cet arrière-faix; ce que j'ai observé par l'orifice de la matrice qui s'était peu contracté, et l'effusion du sang, ne provenait sûrement que de quelque point de la circonférence du placenta qui avait pu être séparé, d'où procèdent toujours les pertes utérines. J'ordonnai une potion calmante et anti-hystérique : je fis macérer pendant la nuit l'arrière-faix, que je visitai le lendemain, et auquel je ne remarquai d'extraordinaire qu'une ligne circulaire vers le centre, où il paraissait avoir été implanté aux parois de cette poche. L'accouchée avait ressenti peu de tranchées pendant la nuit, et était aussi bien que sa faiblesse pouvait le permettre; l'évacuation des lochies s'était établie, et elles fluaient en quantité proportionnée à ses forces. J'ordonnai un régime convenable à son état. J'avais plus à combattre la faiblesse que la fièvre, qui n'augmenta que le soir du second jour. La galactose ayant été parfaite, elle en fut délivrée, partant de la fièvre, le cinquième jour. Cette poche, qui faisait saillie à l'abdomen, ne s'est plus rendue palpable après le cinquième jour de la couche; sans doute que la contraction du muscle utérin, qui fait insensiblement diminuer le volume de la matrice, l'aura fait perdre au tact; d'ailleurs cet organe, reprenant ses dimensions ordinaires, se trouve recouvert par les intestins. L'accouchée ayant été, par les secours que je lui apportai et les soins qu'on lui rendit, de mieux en mieux, fut en état de sortir au bout de cinq semaines. »

Une ressource, dont les accoucheurs anciens ont été privés, est l'injection d'eau froide par la veine ombilicale dans le placenta, et dont le docteur Mojon nous a fait le premier connaître les avantages contre les adhérences de cet organe. Deux indications se trouveront remplies dans l'application de ce moyen; celle de changer l'ordre des contractions et de les régulariser, et celle de dilater la cellule et d'agrandir l'ouverture d'entrée, par l'accumulation d'un nouveau liquide dans le tissu vasculaire du placenta. Je n'ai pas eu encore l'occasion d'apprécier la valeur de ce moyen. La ressource que j'ai mise en pratique, lorsque le décollement du placenta tarde à s'opérer, consiste à plonger le cordon ombilical dans un verre d'eau froide. Cette transmission d'une température froide dans la cavité de la matrice a eu toujours pour effet de provoquer les contractions du corps de l'utérus, et de hâter la délivrance. Je n'ai pas encore tenté les injections dans le chatonnement du placenta. Mais l'analogie nous porte à croire au succès de ce moyen.

Mémoire sur l'appareil inamovible dans le traitement des fractures;

Par M. BÉRARD jeune,

Agrégé à la Faculté, chirurgien du Bureau central.

Première partie. — Chargé depuis bientôt une année de la direction du service de la chirurgie à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai soumis presque tous les malades atteints de fracture à l'application de l'appareil inamovible. Mon but a été de m'éclairer sur les avantages et les inconvéniens de cette méthode à laquelle M. Larrey prodigue tant d'éloges, tandis qu'elle est complètement négligée par tous les chirurgiens des hôpitaux civils de Paris. C'est le résultat pur et simple de tous les faits que j'ai observés, que je vais consigner dans cette première partie de mon travail; dans la suivante, j'essaierai de traiter dogmatiquement ce sujet, et je mettrai alors à profit et la pratique des autres et les méthodes thérapeutiques qui ont de l'analogie avec celle dont je m'occupe.

Le mélange dont je me suis constamment servi pour obtenir un appareil inamovible est formé de blancs d'œufs, d'eau-de-vie camphrée, d'eau blanche; c'est le mélange indiqué par M. Larrey fils, dans sa Dissertation inaugurale, page 8 (*Paris*, 1832, n° 173). Nous lui donnerons, avec lui, le nom d'étoupade.

Obs. Ire. — La première application de l'appareil inamovible eut lieu pour une fracture du péroné. Un homme d'une bonne constitution, en tombant d'un lieu assez élevé sur la partie externe de la jambe gauche, s'était cassé le péroné à trois pouces au dessus de la malléole. L'accident datait de 48 heures. Il n'y avait qu'un médiocre gonflement du bas de la jambe sans ecchymose ni phlyctènes. Les mouvemens latéraux imprimés au pied faisaient naître la crépitation dans le lieu indiqué, seul point qui fût d'ailleurs douloureux à la pression.

Je vais décrire, une fois pour toutes, la manière de faire l'application de l'appareil dans les cas de fracture du péroné; le même bandage convient à la fracture du tibia et à celle des deux os de la jambe. Les pièces qui le composent sont : un *drap fanon*, drap plié en plusieurs doubles; les *fanons*, deux cylindres de paille serrés fortement avec des ficelles; le diamètre de chacun d'eux est d'un pouce et demi environ; leur longueur doit être telle qu'en bas ils ne dépassent pas le pied, et qu'en haut ils se terminent au niveau du

genou ; les *remplissages*, deux coussins de balle d'avoine assez épais et un peu plus longs que les fanons; la *talonnière*, coussin conique en étoupe, de six pouces de long sur trois de large, et de deux d'épaisseur à sa base ; le bandage à dix-huit chefs ; l'*étrier*, compresse longuette. La *tibiale*, grande pièce de toile découpée sur la forme de l'appareil ; les *liens*, trois rubans de fil ; une bande d'une aune de long.

Le malade est couché sur un lit assez ferme et dont la surface est plane. Le membre est soulevé par des aides afin de pouvoir placer sous lui les pièces du bandage et de rouler une bande autour du pied et des malléoles. Cette bande est imbibée du liquide résolutif et sert à faire le bandage connu sous le nom d'étrier ; de telle sorte qu'elle recouvre exactement le pied et la partie inférieure de la jambe Le bout des orteils, seul, est en liberté, et cette petite portion du membre que l'on aperçoit sert de boussole pour faire connaître par sa couleur, sa tension et sa température, quel est l'état des parties que le bandage soustrait aux regards pendant le reste du traitement.

La jambe est posée sur les pièces d'appareil de telle sorte que le drap fanon, par son bord supérieur, atteigne le jarret, et par l'inférieur, dépasse le talon de deux à trois pouces. L'extension et la contre-extension étant pratiquées selon les préceptes connus, on place sur le lieu de la fracture quelques compresses longuettes imbibées du mélange, et par-dessus on relève les lanières du bandage à dix-huit chefs, imbibé du même mélange, et disposé de telle sorte que les chefs se recouvrent les uns les autres de bas en haut, et sans faire aucun pli. L'extrémité inférieure du membre est alors légèrement soulevée ; la talonnière engagée sous le talon parallèlement au tendon d'Achille, la base vers le talon qui la déborde un peu. Le bandage qui entoure la jambe et le drap fanon sont alors abondamment arrosés avec l'étoupade ; la tibiale est étendue au devant de la jambe jusque sur le coude-pied, ses bord latéraux engagés sous le membre. On couche les deux paillassons sur les côtés de la jambe de telle sorte qu'ils dépassent le pied d'un pouce à peu près ; les fanons, roulés dans les bords du drap fanon, arrivent parallèlement à la jambe sur le côté externe des paillassons, et, pressant exactement sur eux, sont maintenus rapprochés à l'aide des liens que l'on attache par un nœud à rosette sur le fanon externe. Il n'y a plus qu'à soutenir le pied avec la pièce dite l'*étrier*, dont le plein, posant sur la plante du pied, en est séparé par un peu d'étoupe, tandis que les chefs ramenés sur le coude-pied, sont cousus au drap fanon, sur la face externe de chaque fanon. Les extrémités des paillassons sont également ramenées sous la plante du pied et cousues ensemble, ainsi que la portion libre du drap fanon qui débordait la partie inférieure du membre.

Pendant toute la durée de l'application de l'appareil un aide bat le mélange avec un petit balai, afin de prévenir une coagulation trop prompte et par masses volumineuses des blancs d'œufs.

L'appareil étant ainsi appliqué, fut au bout de 24 heures transformé en une seule pièce, offrant déjà une grande solidité. Le lendemain il était entièrement dur. Il fut supporté sans aucune souffrance, et le 40e jour, soupçonnant la fracture consolidée, je fis prendre un bain alcalin au malade, afin de ramollir les pièces d'appareil et de pouvoir les enlever plus facilement ; la jambe mise à nu parut parfaitement conformée, le cal à peine sensible, et assez solide pour soutenir le poids du corps.

Obs. IIe. — Un enfant de 8 ans eut les deux os de la jambe droite fracturés par la chute d'une table assez lourde sur le membre. Les deux os étaient cassés vers le milieu de leur longueur, le tibia un peu plus haut que le péroné. Il y avait seize heures que l'accident était arrivé quand l'enfant fut amené à l'hôpital. Un gonflement médiocre existait au niveau de la fracture, la jambe était ecchymosée, mais exempte d'une violente contusion. L'extension et la contre-extension étant faites selon les règles connues, il fut aisé d'obtenir une coaptation exacte des fragmens; l'appareil fut aussitôt appliqué. Au bout de deux jours, toutes les pièces d'appareil étaient intimement collés et formaient un tout tellement compact que je crus pouvoir, quelques jours après céder, au désir des parens qui voulaient reprendre leur enfant chez eux. Aucun accident ne résulta de ce voyage de près d'une lieue, et trente cinq jours après on ramena le blessé à l'hôpital. L'appareil fut aussitôt enlevé, la consolidation était parfaite et sans aucune difformité.

Obs. IIIe — Dans les premiers jours du mois d'octobre 1832, on coucha au N° 1 de la salle Sainte-Marie, une femme d'une trentaine d'années dont l'avant-bras s'était engagé dans les rouages d'une mécanique à filer. Il en résulta une fracture des deux os de l'avant-bras à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur du membre ; en outre le cubitus était fracturé une seconde fois, deux pouces plus haut. Cette malade, amenée le jour même de l'accident à l'hôpital Saint Antoine, avait déjà un gonflement assez considérable de l'avant-bras et des douleurs vives au niveau de la fracture ; on lui pratiqua le soir une assez forte saignée. Le lendemain matin le gonflement était plutôt accru que diminué, les douleurs persistaient ; néanmoins l'appareil inamovible fut de suite appliqué.

La conformation particulière de la main et de l'avant-bras exige un mode de pansement qui n'est pas semblable à celui que nous avons décrit à propos de la jambe. J'entourai d'abord chacun des cinq doigts avec une petite bande imbibée du liquide, puis le reste de la main et le poignet furent modérément comprimés à l'aide d'une bande elle-même humectée ; de telle sorte que la main était prise comme dans un gant de toile, souple d'abord, mais dont la dureté devint bientôt égale à celle du carton. La réduction étant opérée et l'avant-bras mis en supination, je plaçai deux compresses graduées assez épaisses, et de la longueur de l'avant-bras sur les plans antérieur et postérieur du membre, et par dessus chacune d'elle une attelle de carton de la même longueur, et trempée ainsi que les compresses dans le mélange résolutif. Le bandage à dix-huit chefs fut ensuite appliqué comme à la jambe ; je plaçai deux atelles de bois sur celles de carton, séparées des autres par l'appareil à dix-huit chefs ; la postérieure ne dépassait pas le poignet, mais l'antérieure descendait jusque vers la paume de la main. Une longue bande arrosée avec le mélange servit à fixer ces deux dernières atelles et compléta le bandage.

Les douleurs qui existaient au moment de l'application de l'appareil persistèrent au même degré pendant les deux

premiers jours, et la malade, à chaque visite, me suppliait de mettre son avant-bras en liberté, mais je ne crus pas devoir céder à ses instances, rassuré que j'étais contre la gangrène, par le bon état des extrémités des doigts, dont la couleur, la température et la sensibilité conservaient leur état normal.

Les douleurs ayant complètement disparu après quelques jours, à l'aide du repos, de la diète et des boissons émollientes, la malade put recevoir une alimentation plus abondante, sortir du lit, et porter le bras en écharpe.

Vers le 20e jour, les pièces de l'appareil n'étaient que lâchement appliquées sur le membre, les liens furent un peu resserrés. Au 42e jour, le bandage fut levé, la consolidation était parfaite; l'espace interosseux aussi large que celui du côté opposé. Les mouvemens de pronation et de supination, d'abord un peu gênés par suite de la longue immobilité du radius sur le cubitus, ne tardèrent pas à reprendre toute leur étendue.

IVe Obs. — Alexandre Bureau, âgé de 54 ans, chapelier, se fractura la jambe à deux pouces au dessus des malléoles, dans une chute qu'il fit de sa hauteur, son pied étant engagé dans une ornière. On le transporta le soir même 28 novembre 1832, à l'hôpital Saint-Antoine. L'interne de garde se contenta de soutenir les fragmens et de les maintenir en place au moyen d'une bande roulée imbibée d'eau-de-vie camphrée, et d'une position un peu élevée de la jambe sur un paillasson de balle d'avoine. Le 29 novembre, il n'y avait encore que très peu de gonflement; l'appareil inamovible fut aussitôt appliqué. Un peu de douleur persista jusqu'au lendemain, qu'elle disparut complètement. Nul accident ne troubla la marche de la maladie, et au bout de sept semaines, lorsque le membre fut mis en liberté, la consolidation fut trouvée achevée, et la configuration du membre parfaitement régulière.

Ve Obs. — Le nommé Civet (Jean-Baptiste), âgé de 14 ans, se fractura la cuisse vers la partie moyenne, le 27 novembre 1832. La fracture était oblique et accompagnée d'un déplacement assez considérable, selon la longueur du membre. Dès le lendemain, c'est-à-dire le 28 au matin, je procédai à l'application de l'appareil inamovible. La manière de placer cet appareil ne diffère pas de celle que j'ai décrite à propos de la fracture des os de la jambe; seulement, au lieu d'un bandage à dix-huit chefs, composé de trois compresses, il en faut un à trente chefs formé par cinq compresses, dont deux répondent à la cuisse, deux à la jambe, et la cinquième au genou. Les fanons, le drap fanon et la tibiale doivent remonter jusqu'à la partie supérieure de la cuisse.

Le chirurgien ne saurait apporter trop de soin à la réduction de la fracture. Dans le cas qui nous occupe, je parvins, non sans peine, en faisant faire des tractions modérées et graduellement plus énergiques, à obtenir une coaptation exacte des fragmens. Les efforts d'extension et de contre-extension furent continués pendant toute la durée du pansement, et lorsque les fanons furent attachés avec les liens il fut aisé de voir que le membre conservait la même longueur que celui du côté opposé. Il ne survint aucun accident pendant la durée du traitement. Vers le milieu de janvier, le malade remuait son membre tout d'une pièce avec son bandage; il disait sentir sa cuisse très solide: en conséquence, j'enlevai l'appareil le 20 janvier, et je trouvai une consolidation très exacte du fémur, sans raccourcissement ni déviation; les mouvemens du genou, d'abord douloureux et très bornés par suite de l'extension prolongée de la jambe sur la cuisse, reprirent peu à peu, à l'aide de l'exercice et des bains, leur souplesse accoutumée, et le malade sortit entièrement guéri le 4 février 1833.

Obs. VIe — Pierre-Joséphine Denis, terrassier, âgé de 17 ans, fut amené le 8 décembre 1832 à l'hôpital Saint-Antoine, pour une fracture complète de la partie moyenne de la jambe, produite par la chute d'une roue de voiture dont l'essieu s'était rompu. L'appareil inamovible fut appliqué par l'interne de mon service huit heures après l'accident, avant qu'il y eût encore aucun gonflement. Il ne survint ni étranglement, ni gangrène, accidens que l'on pouvait redouter eu ayant égard aux circonstances particulières de cette fracture. Les choses se passèrent comme dans les cas les plus simples, et le malade put quitter l'hôpital le 29 janvier, trois semaines après que la jambe eut été mise en liberté.

VIIe Obs. — Levasseur (Etienne-Paul), âgé de 49 ans, eut la jambe fracturée le 18 décembre 1832. Les deux os étaient rompus à l'union de leur tiers inférieur avec le moyen. L'accident fut produit par un éboulement de terre. L'élève de garde fit l'application de l'appareil ordinaire au moment de l'entrée du blessé dans l'hôpital. Cet appareil fut continué pendant dix jours; ce ne fut que le 11e jour après l'accident, que j'enveloppai le membre dans l'appareil de M. Larrey: la jambe était alors sans douleur, sans gonflement, sans inflammation; les fragmens étaient en contact parfait, mais ce n'est pas parce que des accidens existaient au moment de la fracture et dans les premiers jours qui l'ont suivie, que j'ai retardé l'application de l'appareil inamovible; cette temporisation a été due à des circonstances complètement étrangères au blessé.

La maladie suivit sa marche accoutumée: le bandage fut enlevé le 10 février; la jambe avait sa longueur et sa rectitude naturelles, et le malade sortit le 10 février parfaitement guéri.

VIIIe Obs. — J'ai maintenant à décrire un cas où des accidens mortels, indépendans de la fracture et de son traitement, sont survenus vers la fin de la consolidation du cal, et ont nécessité la levée prématurée des pièces d'appareil. Un terrassier d'une quarantaine d'années fut renversé par un éboulement de terre qui produisit une plaie de tête assez étendue au dessus du sourcil gauche et une fracture de cuisse du même côté. Nous le reçûmes à l'hôpital Saint-Antoine, peu de temps après l'accident, et le membre fracturé fut de suite placé dans l'appareil inamovible. La plaie de tête n'a donné lieu à aucun accident et a rapidement marché vers la cicatrisation. Nulle complication n'avait non plus entravé la consolidation de la fracture, et le temps approchait où j'allais enlever les pièces d'appareil, lorsque le malade fut atteint d'accidens généraux qui me parurent le résultat d'une inflammation du tube digestif. En même temps, la hanche du côté de la fracture était le siége d'une rougeur érysipélateuse, et le malade accusait le sentiment d'une chaleur douloureuse dans toute la cuisse gauche. J'enlevai de

suite le bandage, et je reconnus que l'érysipèle s'étendait jusqu'au genou. Malgré l'emploi des antiphlogistiques, les accidens locaux et généraux acquirent de jour en jour plus d'intensité. L'érysipèle s'étendit à tout le membre abdominal gauche; des frissons irréguliers, la fréquence et la dureté du pouls, la sécheresse de la peau annoncèrent la formation de collections purulentes dans les parties envahies par l'érysipèle; un premier abcès fut ouvert au côté interne de l'articulation tibio-tarsienne; un autre beaucoup plus considérable apparut à la cuisse; son ouverture donna issue à une quantité énorme de pus; elle ne fut pas suivie du recollement de ses parois, et le malade succomba quelques jours après.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé que l'abcès de la cuisse était formé de deux loges principales; l'une descendant depuis le milieu du fémur jusqu'au niveau du condyle interne sans pénétrer dans l'articulation du genou; l'autre communiquant avec la première loge en arrière et en bas de la cuisse, se portait en dehors et s'ouvrait dans l'articulation tibio-fémorale. Un pus d'un gris noirâtre et d'une odeur fétide remplit ces deux foyers et l'articulation du genou. L'abcès voisin de l'articulation tibio-tarsienne communique aussi avec cette dernière; tout le tissu cellulaire sous-cutané du membre est infiltré et comme lardacé. L'articulation du genou du côté droit contient quelques cuillerées d'un liquide sémi-concret, puriforme et mêlé avec de la synovie. Il y avait un troisième abcès très-considérable, placé entre les muscles psoas et iliaque gauches. De la fosse iliaque, où était le principal foyer, le pus passait sous l'arcade fémorale dans la gaîne fibreuse des psoas et iliaque, pénétrait dans l'articulation coxo-fémorale et était limité en bas au petit trochanter: il y avait donc quatre articulations principales baignées par le pus. Les cartilages articulaires étaient déjà en partie détruits dans celles du genou et du pied gauche; dans les autres, il n'y avait qu'une simple rougeur de la membrane synoviale. Toutes les autres articulations du corps étaient saines.

Les veines du membre abdominal gauche et celles du bassin n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Les organes renfermés dans les trois cavités splanchniques n'ont pas offert d'altérations dignes d'être notées.

Quant au fémur, voici dans quel état il se trouvait: la fracture existe à l'union du tiers intérieur avec le moyen; elle est oblique, de telle sorte que la solution se dirige de haut en bas et de dehors en dedans. Le fragment inférieur chevauche sur le supérieur, en se portant en haut et en dehors, de telle sorte qu'il y a un raccourcissement d'un pouce et demi. Un fragment de 15 lignes de long, de 4 à 5 de large, détaché du fragment supérieur, se porte en dedans et en avant; un autre fragment, plus long que le précédent, tenant encore à l'inférieur, répond par sa base au condyle externe du fémur et par son sommet au bord externe de l'os. Il y avait donc eu une fracture comminutive. Les diverses pièces osseuses sont unies entre elles par la sécrétion de substance qui constitue le cal; cette substance a déjà acquis un degré de solidité assez considérable pour empêcher tout mouvement entre les fragmens qui forment un tout déjà capable de supporter, sans se rompre, des efforts latéraux considérables. Du reste l'os a conservé sa rectitude naturelle. Le pus des abcès de la cuisse dont nous avons parlé baignait la superficie de la masse du cal; mais une coupe faite transversalement à ce niveau montrait que le travail de la consolidation s'était opéré très régulièrement.

Cet examen apprend que la maladie n'a pas eu son point de départ dans la fracture; que celle-ci était en voie de guérison quand les accidens sont survenus, et qu'on ne peut les mettre sur le compte de l'appareil inamovible.

IXe *Obs.* — Durmard-Jacques, charretier, âgé de 24 ans, arriva à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 décembre 1832, avec une fracture du fémur. L'accident avait eu lieu deux jours auparavant, à quelques lieues de Paris. Le malade nous raconta qu'étant pris de vin, il avait été renversé de sa voiture qui pesait 3,000 livres et qu'une des roues lui avait passé sur la cuisse; qu'un des fragmens de l'os avait percé les parties molles, et qu'un chirurgien en avait fait la réduction et avait ensuite appliqué un bandage. Ce bandage était encore en place, quand je vis le malade; il se composait de compresses superposées, appliquées circulairement autour du membre fracturé, de remplissages faits avec du vieux linge et de deux attelles latérales. Toutes ces pièces étant enlevées, je constatai l'existence d'une fracture du fémur, simple quant à la solution de continuité de l'os qui était partagé très obliquement en deux fragmens vers sa partie moyenne, et compliquée d'une plaie étroite occupant la partie antérieure de la cuisse et située un peu au-dessous de la division de l'os. Il y avait du gonflement, un peu de douleur et de la sérosité sanguinolente s'écoulait par la plaie. En considérant que les parties molles de la cuisse n'offraient pas de traces de contusion, que le fémur n'était pas brisé en esquilles, je ne pus admettre que Durmard nous eût donné la véritable cause de cet accident; sans doute que l'état d'ivresse dans lequel il se trouvait l'a empêché de reconnaître les circonstances de sa blessure; je pense que la fracture a été produite par la chute sur le genou, et que le fragment supérieur poussé par le poids du corps a traversé les chairs, l'aponévrose d'enveloppe et la peau, ainsi que cela eut lieu sur le célèbre A. Paré après une fracture de jambe.

Des compresses imbibées d'une liqueur résolutive furent appliquées sur le membre et les fragmens maintenus avec les attelles latérales pendant les six premiers jours. Ce ne fut pas sans quelqu'inquiétude que je me décidai à traiter cette fracture par l'appareil inamovible. Car, malgré la confiance de M. Larrey dans ce moyen, et les succès qu'il a obtenus dans des cas semblables, je ne pouvais bannir les craintes que faisait naître en moi l'abandon des préceptes auxquels je m'étais jusque là conformé, pour recourir à un moyen si différent de ceux que j'avais vu mettre en usage dans les hôpitaux où j'avais puisé mon éducation chirurgicale.

Cependant le 18 décembre, le malade fut mis dans un appareil inamovible. Son application ne différa des autres que par l'apposition d'un linge enduit de cérat sur la plaie. Toutes les autres pièces furent ensuite imbibées du mélange et appliquées comme à l'ordinaire. Il ne survint aucune douleur, et le gonflement, loin d'augmenter, diminua si rapidement dans les deux premiers jours, que je fus obligé de resserrer les liens placés autour de la cuisse. Au bout de quelques jours, le malade dit qu'il sentait un liquide couler

le long de la cuisse et remonter vers la partie externe et supérieure du bandage. On aperçut en effet que le drap fanon était pénétré d'un liquide séro-sanguinolent, au niveau du grand trochanter. Sans doute que cette matière versée à la surface de la cuisse par la plaie dont nous avons parlé, ne pouvant s'infiltrer à travers les pièces épaisses et compactes qui entouraient le membre, avait fusé entre celui-ci et le bandage, en se portant vers le bassin situé sur un plan plus déclive que le reste de la jambe. Il y avait déjà un mois que l'appareil était en place, que le malade disait encore sentir le pus se répandre à la surface de la cuisse; mais soit que ce liquide fût en petite quantité et qu'il se concrétât rapidement, soit, ce qui est plus probable, que Durmart fût la dupe d'une fausse sensation, le bandage avait cessé d'être humecté par la suppuration dix jours après qu'on s'était aperçu de ce phénomène.

L'appareil fut levé le 21 février; je ne fis point prendre au malade le bain destiné à ramollir les pièces du bandage, craignant que le transport ne provoquât quelque mouvement qui aurait pu rompre un cal que je soupçonnais encore tendre; en coupant avec des ciseaux ces pièces d'appareil, qui d'ailleurs n'étaient pas fort dures, on put constater un intervalle considérable entre le bandage et la cuisse. La plaie était parfaitement cicatrisée, le membre avait en longueur quelques lignes de moins que celui du côté opposé, et sa direction était naturelle. On sentait à travers les parties molles la masse osseuse du cal très volumineuse, et pas encore assez solide pour ne pas fléchir quand des mouvemens en sens alternatif étaient imprimés à tout le membre. Je me décidai aussitôt à faire une seconde application de l'appareil inamovible que je laissai encore en place pendant six semaines : alors le cal, moins volumineux, parut plus consistant. Cependant il me parut encore prudent de continuer les moyens contentifs pour prévenir, non la rupture de l'os, mais son incurvation. Je plaçai donc d'abord un appareil ordinaire de toute la longueur de la jambe, puis, au bout de trois semaines, un bandage avec des attelles autour de la cuisse seulement; la jambe et le pied restèrent entourés d'une simple bande. Le malade commença à se lever et à marcher à l'aide de béquilles. Peu à peu il s'habitua à s'appuyer sur la jambe blessée, et le 20 avril il sortit de l'hôpital, gardant encore autour de la cuisse les courtes attelles dont nous avons parlé. Depuis cette époque Durmart est revenu plusieurs fois me trouver à la consultation de Saint-Antoine; il a conservé l'habitude de s'appuyer sur une canne pour assurer sa marche. Cependant la fracture est parfaitement consolidée, le membre très droit et ne présentant pas plus d'une à deux lignes de raccourcissement. La guérison serait parfaite si l'articulation du genou avait repris toute l'étendue de ses mouvemens. Il est probable que l'ankylose incomplète disparaîtra entièrement, car la jambe, qui d'abord ne pouvait se mouvoir sur le fémur, peut maintenant être fléchie de manière à former un angle droit avec la cuisse.

Obs. X.e — Au n° 25 de la salle Sainte-Marthe, a été couchée une femme nommée Henry (Marie-Catherine), âgée de 50 ans. Elle a été admise le 17 janvier 1833. Sa jambe gauche offrait une fracture complète des deux os à la réunion de son tiers-inférieur avec les deux tiers supérieurs. Cette fracture avait eu lieu la veille, et reconnaissait pour cause une chute dans un escalier, la jambe et le pied ayant été pressés entre les marches et le corps de la malade qui, en tombant, s'était trouvée assise sur sa jambe. A son entrée à l'hôpital, il y avait du gonflement, une tension assez forte, et beaucoup de douleur aux environs de la fracture. Pendant cinq jours, je fis exercer une constriction modérée sur le pied et la jambe, avec une bande roulée imbibée d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée. Ce ne fut que le sixième jour après la fracture que j'appliquai l'appareil inamovible; le gonflement était alors considérablement diminué; il n'y avait pas de déplacement des surfaces osseuses.

Cette malade, fort douillette, s'est plaint souvent pendant les premiers jours, et manifesta plusieurs fois la crainte de ne pouvoir supporter son bandage; mais la pointe du pied conservant sa chaleur et sa couleur naturelles, je ne conçus aucune inquiétude sur l'état de la jambe. L'appareil fut maintenu pendant trente et un jours, au bout desquels il fut enlevé après avoir été préalablement ramolli dans un bain alcalin. La jambe était très solide, le cal à peine sensible; seulement la jambe est restée très légèrement courbée en avant au niveau de la fracture, ce qui tient sans doute à ce que la talonnière n'était pas assez épaisse ou placée trop en arrière. Cette difformité, à peine apparente, n'a point empêché la malade de marcher avec peine d'abord et en s'aidant de béquilles, et plus tard avec autant de facilité que par le passé : elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie le 23 mars.

Obs. XI.e. Salle Saint-François, n° 3. — Laboisse (Gilbert), âgé de 33 ans, a été admis à l'hôpital Saint-Antoine le 31 janvier 1833, pour une fracture des deux os de la jambe gauche. La fracture est située à deux pouces au-dessus des malléoles. La mobilité des fragmens et la crépitation ne laissent aucun doute sur l'existence de la fracture. Le gonflement est médiocre, mais on remarque aux environs de la solution de continuité des os plusieurs phlyctènes remplies d'une sérosité roussâtre. Ce malade était tombé sur un sol très dur avec un arbre que l'on sapait par ses racines, et une grosse branche de cet arbre, en pressant fortement sur la jambe, en avait opéré la fracture. Le malade, en tombant à la renverse, avait eu la région des reins fortement contuse; plusieurs saignées furent pratiquées pour prévenir les accidens qui pouvaient résulter d'une forte contusion de la région dorsale et de la commotion de la moelle épinière.

L'appareil inamovible a été appliqué le 1er février; les phlyctènes furent toutes ouvertes avec une lancette; il s'écoula de chacune d'elles un liquide séro-sanguinolent; les lieux qu'elles occupaient furent recouverts avec un linge fin enduit de cérat; le reste du bandage fut placé comme à l'ordinaire. Pendant cinq jours le malade a été tenu à une diète rigoureuse; mais voyant qu'il ne se développait aucun accident du côté du système nerveux, j'abandonnai bientôt toute sévérité dans le traitement; les forces revinrent rapidement sous l'influence d'une alimentation assez abondante, et longtemps avant la fin du traitement je fis lever chaque jour le malade qui pouvait marcher à l'aide de béquilles et de sa jambe saine, tandis que l'autre était encore contenue dans l'appareil; celui-ci a été levé le quarante-cinquième jour. La con-

solidation et la coaptation étaient si parfaites que l'on ne pouvait reconnaître le siége de la fracture ; les phlyctènes étaient toutes guéries. Les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne sont restés longtemps très bornés, et au moment où le malade est sorti de l'hôpital (30 mars), ils n'étaient pas encore parfaitement rétablis.

Obs. XIIe. — La nommée Louise Brunet, âgée de 6 ans, entra à l'hôpital le 3 février 1833, pour une fracture de la cuisse gauche; la maladie était simple, la fracture transversale. L'appareil inamovible fut appliqué le jour même par l'interne de la salle. Soit que le mélange ne fût pas dans de bonnes proportions pour se solidifier, soit que les urines de la petite malade rendues dans le lit, ayent, en s'infiltrant dans les pièces d'appareil, empêché cette solidification, le bandage resta mou, et ne put maintenir en droite ligne la cuisse de cet enfant qui changeait à chaque instant de place dans son lit. Il fallut enlever l'appareil et le replacer de nouveau, mais avec tout aussi peu de succès; il fut aisé de voir que la direction des fragmens était vicieuse, et qu'ils se rencontraient sous un angle très saillant en avant et en dehors. Force fut encore de lever ce second appareil, et ce double échec m'ôta l'envie d'en placer un troisième de même nature. D'ailleurs les parens de l'enfant désirèrent le reprendre chez eux dix jours après son entrée à l'hôpital : je fis alors l'application du bandage ordinaire avec des attelles de bois, bandage que je levai ensuite de huit jours en huit jours pendant six semaines. A cette époque la fracture me parut entièrement consolidée et la malade fut guérie sans raccourcissement ni changement de direction du membre.

Obs. XIIIe Salle Saint-François, n° 7. — Le nommé Petit-Louis Joseph, âgé de 64 ans, fut admis à l'hôpital Saint-Antoine le 3 février 1833, pour une fracture de la jambe à deux pouces et demi au dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Le malade avait fait une chute, le membre étant, dit il, dans une fausse position. Il survint un gonflement inflammatoire énorme accompagné de la formation de phlyctènes nombreuses et volumineuses remplies de sérosité noirâtre dans quelques endroits, et roussâtre dans d'autres. Le troisième jour après l'entrée du malade, le gonflement étant à peine diminué, les phlyctènes furent vidées de la sérosité qu'elles renfermaient à l'aide de quelques piqûres de lancette, recouvertes d'un linge fin enduit de cérat, et l'appareil inamovible fut immédiatement appliqué par dessus. Nul accident n'enraya la marche de la guérison. Cependant le cinquantième jour, lorsque j'enlevai le bandage, je fus surpris de ne pas trouver la consolidation achevée; il était facile d'imprimer des mouvemens aux fragmens inférieurs sur les supérieurs, et l'on obtenait alors une crépitation très évidente. La jambe et le pied avaient conservé leur rectitude naturelle. L'appareil inamovible ne fut pas réappliqué. La jambe fut placée dans un appareil ordinaire dans lequel il a fallu la maintenir fort longtemps à cause du peu de rapidité dans la marche de la consolidation du cal. Pendant la durée de ce traitement, le pied se renversa en dehors avec l'extrémité inférieure des fragmens du tibia et du péroné, et c'est dans cette position vicieuse qu'ils se sont consolidés. Je regrette vivement de ne pas avoir placé la jambe une seconde fois dans l'appareil inamovible; car il n'existait aucun motif qui pût m'empêcher de le faire, et son application aurait été suivie sans doute d'une guérison exempte de difformité.

Obs. XIVe. Salle Saint-François, n° 12 — Le nommé Boulney, dit Vilmain, François, âgé de 24 ans, entra à l'hôpital St-Antoine le 22 février 1833; il avait une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, à deux pouces et demi de l'articulation tibio-tarsienne; fracture qui reconnaissait pour cause une chute dans laquelle la jambe avait été prise sous le siége. Cette fracture était aussi simple que possible, il n'y avait ni gonflement ni douleur. L'appareil inamovible fut appliqué le 26 février. Trois jours après, je fis lever le malade qui put marcher à l'aide de béquilles en évitant de s'appuyer sur la jambe emprisonnée dans le bandage. Chaque jour, jusqu'au 16 mars, Vilmain se livra à l'exercice de la marche en se servant toujours de béquilles et ne s'appuyant que sur la jambe saine. Pendant ce temps la consolidation se forma, et le 16 mars, en levant l'appareil, je trouvai la fracture parfaitement guérie.

XVe. Obs. — Le 6 mars 1833, le nommé Gouge (Auguste), boulanger, âgé de 48 ans, jouant avec un de ses amis, eut le cubitus du côté fracturé à la suite d'un violent mouvement de pronation qui fut imprimé à l'avant-bras. L'os fut cassé un peu au-dessus de sa partie moyenne. Je plaçai le membre fracturé dans l'appareil inamovible, dès le lendemain; mais soit que le mélange ne fût pas dans de bonnes proportions pour devenir très solide, soit que le bandage ne fût pas assez serré, les fragmens du cubitus restèrent mobiles l'un sur l'autre, de telle sorte qu'en pressant sur l'os au niveau de la fracture, on percevait une légère crépitation. J'ajoutai alors au premier bandage deux attelles de bois que je plaçai sur les plans antérieur et postérieur de l'avant-bras, et que je fixai à l'aide d'une longue bande assez fortement roulée autour du membre depuis la main jusqu'au coude. Nul accident ne retarda la consolidation de la fracture qui fut trouvée parfaite le 11 avril, jour où les deux appareils furent enlevés. L'espace interosseux offrit sa largeur ordinaire, et les mouvemens de pronation et de supination, un peu difficiles d'abord, reprirent en quelques jours leur souplesse et leur étendue accoutumées.

XVIe Obs. — Salle Saint-François, n° 2. — Le nommé Robinet (Jean), âgé de 15 ans, jardinier, eut la cuisse droite fracturée le 21 mars 1833. Une roue de voiture abandonnant son essieu renversa ce jeune homme et tomba sur sa cuisse qui se trouvait placée en travers au-dessus d'une ornière large et profonde, circonstance qui la faisait porter à faux, et rendit, par ce moyen, la fracture plus facile. Le blessé entra le même jour à l'hôpital St-Antoine. Si nous exceptons le gonflement, qui était assez considérable, la fracture était exempte de toute complication. La facilité avec laquelle le raccourcissement de la cuisse s'opérait quand on abandonnait le membre à lui même, et l'étendue du chevauchement, indiquait une fracture oblique dont le siége existait un peu au dessous de la partie moyenne du fémur. La cuisse fut pendant les quatre premiers jours placée sur un double plan incliné, afin de combattre la contraction énergique et involontaire des muscles qui passent autour de la fracture; pendant ce temps l'on eut recours aux cataplasmes résolutifs pour dissiper le gonflement.

Le 25 mars, l'appareil inamovible fut appliqué avec de grandes difficultés, à cause de l'indocilité du malade. Les plus

légères tractions entraînaient des contractions comme convulsives des muscles de la cuisse. Cependant l'extension et la contre-extension continuées avec prudence et une énergie graduellement accrue, finirent par redonner au membre sa longueur et sa direction naturelles. Mais dès le lendemain, avant que les pièces d'appareil ne fussent entièrement durcies, le malade, en s'agitant dans le lit, avait imprimé au membre une légère incurvation en même temps que les contractions musculaires lui avaient fait perdre de sa longueur. Pour remédier à ce double accident, je fis soutenir de chaque côté le membre fracturé à l'aide de coussins longitudinaux, et je pratiquai l'extension et la contre-extension permanentes au moyen de lacs, dont l'un se fixant à l'appareil au dessous de la plante du pied, allait s'attacher à la barre de fer transversale du pied du lit, et dont les autres, semblablement fixés à une barre de fer de la tête du lit, s'attachaient à un bandage de corps solidement maintenu par en bas au moyen de sous-cuisses garnis de compresses. Aucune autre complication n'a entravé la marche de la guérison, et le 9 mai, c'est-à-dire quarante-quatre jours après son application, lorsque l'appareil a été enlevé, j'ai trouvé la fracture consolidée, la jambe bien dirigée, le cal encore volumineux, mais il y avait quatre à cinq lignes de raccourcissement. Pour plus de sécurité, je fis entourer la cuisse avec trois attelles de carton maintenues à l'aide d'une longue bande. Ce malade, se servant de béquilles, fit ses premiers essais de marche sans s'appuyer sur le membre fracturé, et la cuisse étant pendant une huitaine de jours protégée par son nouveau bandage : bientôt après il put se passer de ces moyens, et sortir de l'hôpital avec un peu de claudication.

Obs. XVIIe. — Le nommé Lanelle (François), distillateur, âgé de 25 ans, voulant remuer un tonneau du poids de cinq à six cents livres, glissa sur le sol et fut renversé par cette énorme masse, qui, en tombant sur la partie moyenne de la cuisse gauche, la fractura dans cet endroit. L'accident arrivé le 15 mars 1833, le malade fut apporté le même jour à l'hôpital Saint-Antoine, et couché à la salle Saint-François, n° 8. La fracture est transversale et exempte de complication, à la tuméfaction près, qui pendant plusieurs jours resta considérable et fut combattue par des cataplasmes émolliens, puis résolutifs, et des compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée et d'eau blanche. Jusqu'au 27 mars, le membre fracturé a été posé sur un double plan incliné ; ce furent des circonstances étrangères à l'état de la cuisse qui retardèrent l'application de l'appareil. La réduction de la fracture fut faite sans difficulté et avec le plus grand soin pendant qu'on plaçait le bandage inamovible. Le malade s'est plaint pendant huit à dix jours d'une douleur, d'ailleurs assez légère, qui avait son siége au niveau de la fracture. L'appareil a été levé le 9 mai; il y avait un peu d'amaigrissement du membre fracturé, et par suite un intervalle assez grand entre la cuisse et les pièces du bandage. Néanmoins la consolidation s'était accomplie sans difformité ni raccourcissement, et cet homme, d'une grande et forte stature, a quitté l'hôpital vers la fin de mai, parfaitement guéri.

Obs. XVIIIe — Salle Saint-Éloi, n° 25.—Asselot (Pierre-Marie), âgé de 28 ans, d'une constitution athlétique, maçon, tomba le 30 mars dernier du haut d'un troisième étage, avec tout l'échafaudage qui le supportait. Au moment de l'accident il perdit connaissance pendant quelques minutes. Quand il eut repris ses sens on lui pratiqua une saignée très copieuse qui détermina une syncope. Ce fut immédiatement après cette saignée que le malade fut conduit à l'hopital Saint-Antoine. Deux heures après son entrée à l'hopital, le malade est dans l'état suivant : la face est pâle, le pouls médiocrement fort et un peu accéléré; la chaleur est naturelle, la voix faible, la respiration accélérée et difficile; pas de crachement de sang; mais le malade éprouve de l'oppression et une douleur très vive qui augmente à chaque inspiration : elle a son siége dans la région précordiale. On ne reconnaît pas de fracture des côtes. La clavicule gauche est fracturée à la réunion de ses deux tiers intérieur avec le tiers externe.

L'humérus du même côté est fracturé transversalement à un pouce et demi au-dessous de l'insertion inférieure du deltoïde ; il y a de la déformation, du raccourcissement, de la mobilité et de la crépitation dans le point fracturé; le gonflement est peu considérable.

L'appareil inamovible fut aussitot appliqué par l'interne de la salle. On a, comme pour la fracture de l'avant-bras, enveloppé chaque doigt avec une petite bande large de six lignes, et exactement imbibée du mélange destiné à tout l'appareil; de l'étoupe également imbibée est placée dans la paume de la main; une bande est ensuite roulée successivement sur les doigts réunis (à l'exception du pouce), le dos de la main et l'avant-bras jusqu'au coude. Dans ce moment le bras est mis en demi-flexion, et on opère la réduction de la fracture. Le reste de la bande déjà employée est confié à un aide pendant qu'on applique trois compresses autour de la fracture ; quatre attelles en carton fort, préalablement mouillées dans le mélange, sont ensuite placées autour du bras ; de l'étoupe en petite quantité est mise sous l'aisselle ; enfin le reste de la bande de l'avant-bras est employé à maintenir l'appareil sur lequel, pour plus de solidité, on roule une seconde bande imbibée du mélange. Tout le membre thoracique gauche est placé mollement sur un paillasson de balle d'avoine. La fracture de la clavicule devait être et a été abandonnée à elle-même, car l'état de la poitrine et celui du bras ne permettaient l'application d'aucun appareil.

Quatre heures plus tard l'on pratiqua une seconde saignée de trois palettes. Le lendemain l'oppression avait diminué, mais la douleur de côté était toujours très vive. (15 sangsues *loco dolenti*, cataplasmes émol.) Deux jours après (trois ventouses scarifiées), les cataplasmes sont continués pendant une quinzaine de jours, au bout desquels la douleur disparut complètement.

Ce n'est pas l'état du bras qui a fait recourir à une médication aussi active, mais la crainte de voir des accidens se développer du côté de la poitrine. Aucun accident n'est survenu, et ce malade est sorti le 20 mai 1833, après cinquante-un jours de traitement. L'humérus était encore volumineux dans le lieu de la fracture, parce que le cal provisoire n'était pas entièrement résorbé, mais il avait sa longueur et sa rectitude ordinaires.

Obs. XIXe. Le malade qui fait le sujet de cette observation est encore en traitement; mais il y a un assez grand

nombre de jours que l'appareil est appliqué pour que l'on puisse prévoir, d'après l'état dans lequel se trouvent et le blessé et les pièces d'appareil, quel sera le résultat du traitement.

Le nommé Merme (Étienne-Marie), infirme de l'hospice de la Vieillesse (hommes), a été amené à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 mai 1833. Un cabriolet l'avait renversé sur la place de la Bastille, et avait provoqué une fracture de la cuisse gauche. Ce malade, idiot, et dont le crâne égale à peine les deux poings, ne put donner aucun renseignement sur les circonstances de son accident.

L'appareil inamovible fut posé le 28 mai, et je ne trouvai d'autre obstacle que la contraction des muscles de la cuisse dont l'énergie semblait s'accroître avec celle des moyens extensifs. Cependant à force de soins, les aides chargés de l'extension et de la contre-extension parvinrent à redonner au membre sa longueur et sa direction. Je crus prudent, à cause de l'indocilité du malade, d'ajouter aux fanons latéraux une attelle antérieure destinée à prévenir l'incurvation du fémur en avant. L'appareil a été très-bien supporté; il a acquis une grande solidité; circonstance heureuse, car notre idiot a déjà détaché plusieurs fois ses liens sans que le reste du bandage, qui ne forme qu'un seul tout, se soit dérangé. Nous sommes aujourd'hui au vingtième jour de son application, et tout nous fait espérer que nous obtiendrons une guérison parfaite.

Ici se termine la première partie de ce travail; les observations y sont rapportées de manière à présenter le fait exact, mais nu et sans réflexions. Comparer ces faits entre eux, les rapprocher de faits analogues recueillis par les auteurs, opposer les résultats fournis par l'usage de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures, à ceux obtenus à l'aide du traitement ordinaire, tels seront les sujets dont nous aurons à nous occuper dans un autre article.

Observation d'urétrite communiquée par l'ingestion de l'écoulement blennorrhagique dans les voies digestives ;

Par E. TAZENTRE, docteur en médecine.

Dans ma dissertation inaugurale que je soutins à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 mai dernier, j'émis la proposition suivante : « L'urétrite syphilitique peut se développer » par l'ingestion de l'écoulement blennorrhagique dans les » voies digestives, continué avec persévérance pendant » plusieurs jours ; j'en possède un exemple des plus » curieux. »

Je ne citais point l'observation ; je me proposais de la publier plus tard, avec les résultats d'expériences faites, afin de constater jusqu'à quel point l'urètre peut être frappé d'inflammation sous l'influence de l'écoulement gonorrhéique ingéré dans les voies digestives ; ces expériences eussent été difficiles sans doute sur des animaux, mais par cela même d'autant plus probantes, si elles eussent réussi. Exhorté par mes juges à ne pas différer la publication d'un fait aussi curieux, je le livre à l'impression, fidèle, exact, tel enfin que je l'ai recueilli.

M. N....., âgé de 55 ans, ancien marin, homme de mœurs licencieuses, épousa une jeune femme de 20 ans ; il ne cessa point, malgré cette nouvelle union, de se livrer, suivant son habitude, à la boisson et au libertinage. Trois ans environ après son mariage, il soupçonna son épouse de lui être infidèle ; mais jamais ses soupçons ne purent être confirmés par la certitude. Ayant contracté une urétrite extrêmement violente avec une de ses maîtresses, il voulut cohabiter avec son épouse, avec laquelle d'ailleurs il n'avait pas eu de rapports depuis deux ou trois mois : il voulait ainsi lui communiquer le mal dont il était atteint, et l'accuser ensuite de l'avoir infecté lui-même; il espérait par ce moyen lui faire avouer son secret : mais celle-ci s'apercevant depuis quelques jours qu'il avait l'air souffrant et malade, se méfia, et ne voulait rien accorder à ses instances. Ne pouvant réussir de cette manière, M. N.... imagina un autre expédient : il lui fit prendre à son insu l'écoulement urétral qu'il ramassait dans un verre et qu'il mêlait à du lait froid, de l'orgeat, du beurre, ou tout autre espèce d'alimens. Il usait de cet artifice depuis huit à dix jours, lorsqu'un matin son épouse, étant sortie de son appartement, rentra presqu'aussitôt et le surprit versant quelque chose de blanchâtre dans un bol de lait froid qu'elle avait laissé sur sa table pour son déjeuner : elle lui demande ce qu'il fait ; il répond en hésitant ; se méfiant alors, elle veut aller chez le pharmacien faire décomposer le liquide ; ses menaces intimident M. N.... , qui avoue toute sa perfidie. Épouvantée elle-même des suites que pouvait avoir l'espèce d'empoisonnement auquel elle venait d'être soumise, elle court chez ses parens et leur fait part de son malheur. Comme je connaissais cette famille, Mme N.... vient chez moi avec sa mère, me consulte et me rend dépositaire du secret. Bien qu'elle n'éprouvât encore aucun sentiment douloureux aux parties génitales, je les examine et ne trouve ni écoulement, ni rougeur inflammatoire. Ne sachant trop quels phénomènes pourraient survenir, et curieux néanmoins de connaître le résultat de ce nouveau mode d'infection, je ne prescris pour tout traitement que des bains et une boisson tempérante. Quatre jours après, Mme N... vient me trouver, se plaignant de douleurs dans le vagin. J'examine de nouveau, et je trouve toutes les parties humides et douloureuses ; la rougeur inflammatoire est surtout bien marquée à la partie supérieure et dans la région de l'urètre. Les jours suivans, la douleur, surtout en urinant, devient plus forte, l'écoulement plus abondant ; il existe tous les symptômes d'une blennorrhagie intense ; un petit cordon rougeâtre s'étend du côté droit de la base du clitoris jusqu'à la région inguinale dont les ganglions deviennent douloureux. Ne pouvant plus douter alors de la nature de la maladie, je prescris des bains généraux, des boissons tempérantes, des injections émollientes dans le vagin, que je remplace bientôt par des injections astringentes. Après huit jours de l'emploi de ces moyens, j'administre le mercure à l'intérieur, bien persuadé qu'il existe une affection générale qui a besoin d'être combattue par un traitement général approprié. Sous l'influence de cette médication, Mme N... guérit de sa blennorrhagie, et recouvra une parfaite santé.

Étant devenu le confident du secret de cette famille, je devins aussi le médecin de M. N..., dont l'urétrite, extrême-

ment intense, durait alors depuis trois semaines : je le traitai et le guéris. Je pris de lui toutes les informations nécessaires pour m'assurer de la véracité d'un pareil fait; il m'avoua tout sans aucun déguisement; me dit qu'en agissant ainsi il avait eu pour motif de communiquer la chaude-pisse à sa femme, sans qu'elle pût s'en douter, afin de la forcer à lui avouer qu'elle lui était infidèle. Il ajouta qu'il était bien sûr de l'infecter comme il le désirait, car autrefois, voulant se venger d'un individu à qui il voulait du mal, il lui avait donné une vérole compliquée de chaudepisse, en lui faisant prendre de la même manière de l'écoulement urétral; que c'était dans les colonies, où de pareils faits, m'a-t-il dit, se présentent quelquefois, qu'il avait appris à empoisonner ainsi ses semblables, et que c'était dans ces contrées qu'il avait infecté l'individu dont je viens de parler.

Ce fait curieux, et encore, je crois, unique dans la science, pourra, s'il se réunit à d'autres semblables, servir à la médecine-légale, et augmenter le domaine, déjà trop vaste, des nombreuses difficultés qu'elle présente : il démontre, selon moi, d'une manière incontestable, la spécificité de l'écoulement blennorrhagique, et bouleverse complètement l'opinion de ceux qui, regardant l'urétrite comme étant toujours une maladie locale et inflammatoire, prétendent la guérir constamment par un traitement antiphlogistique et local. Si la matière blennorrhagique n'est jamais que le produit d'une inflammation simple de la membrane muqueuse du canal, comment se fait-il qu'elle soit allée produire une maladie semblable sur des organes analogues, sans être mise en contact immédiat? Si elle n'est simplement qu'irritante sans renfermer en elle rien de spécial, comment se ferait-il qu'elle eût glissé en quelque sorte sur les voies digestives sans leur nuire, sans les affecter nullement, pour aller se localiser et exercer son action sur l'urètre? Cette observation ne prouve-t-elle pas qu'il existe entre l'écoulement et les organes une espèce d'affinité bien différente, mais de nature inconnue, qu'on ne peut désigner que sous le nom de spécifique?

Les médecins dont la théorie est opposée à celle-ci, relativement à l'urétrite et aux autres symptômes de la syphilis, ne manqueront pas d'objecter que peut-être les renseignemens ont été mal pris; que Mme N... pouvait bien avoir contracté sa blennorrhagie avec l'individu avec lequel son mari la soupçonnait d'avoir des relations; que peut-être enfin elle n'a eu que des pertes blanches abondantes; qu'il peut y avoir eu méprise de ma part. Je me suis fait toutes ces objections à moi-même, lorsque je recueillais l'observation; aussi n'ai-je négligé aucun renseignement, aucune précaution : il m'est facile d'y répondre, en rapportant le fait exactement; on peut par cela même s'assurer plus amplement de sa véracité :

Tout ce que j'ai rapporté, je l'ai entendu de la bouche de Mme N.., et de celle de M. N..., que l'on ne peut soupçonner d'avoir exagéré le fait pour se montrer plus coupable.

La personne avec laquelle Mme N.., avait des relations (ces relations existaient réellement), n'était point affectée d'urétrite; ses parties génitales étaient parfaitement saines; j'en ai la certitude la plus complète : ce n'est donc pas de lui qu'elle eût pu contracter sa blennorrhagie.

Je n'ai pu non plus me tromper sur la nature de la maladie : les douleurs fortes que la malade éprouvait, en urinant surtout; le siége de l'inflammation, l'écoulement abondant, épais, blanchâtre d'abord, puis verdâtre; l'opiniâtreté de la phlegmasie, le cordon rouge qui, de la base du clitoris, s'étendait vers l'aine droite, dont les ganglions devinrent douloureux; tous ces phénomènes ne me permirent pas de confondre cette gonorrhée avec des fleurs blanches auxquelles d'ailleurs Mme N... n'était pas sujette (1).

Certainement, si l'urétrite de M. N.... eût été de la nature de celles qui sont produites par la bière, par le contact d'une sonde, etc., maladies purement locales et dont l'écoulement n'a d'autre vertu que la propriété irritante; si, dis-je, elle n'eût pas été virulente, je crois qu'il n'y aurait eu aucun effet produit, mais je ne doute nullement qu'elle ne fût syphilitique; et lors même que je serais parvenu à guérir l'urétrite par un traitement local, plus tard des sym-

(1) Si l'urétrite peut se développer spontanément comme unique symptôme d'une diathèse syphilitique, pourquoi ne pourrait-elle pas aussi être produite lorsque l'économie a été saturée par l'absorption du produit gonorrhéique? Personne sans doute ne nie la faculté absorbante des surfaces muqueuses; mais, dira-t-on peut-être, c'est dans l'estomac qu'a dû s'opérer l'absorption dans l'exemple cité, et les expériences sur les virus semblent prouver que leur action est neutralisée par l'action de l'estomac : à cela je réponds qu'on est loin de posséder des preuves concluantes à cet égard. Fontana a fait des expériences très-longues et très-détaillées sur le venin de certains animaux, et particulièrement sur celui de la vipère : il a constaté que le venin de ce reptile ingéré dans l'estomac n'avait aucune action; qu'appliqué dans l'œil il produisait à peine une légère rougeur; il a eu le courage d'en mettre sur sa langue, et il a constaté qu'il produisait une saveur douceâtre et une légère astriction. Il a répété la même expérience sur son domestique, et il a obtenu les mêmes résultats. Ces essais souvent répétés lui ont prouvé, que pourvu que les muqueuses buccales et linguales ne fussent pas dénudées, il n'y avait pas d'absorption du venin, et qu'il ne produisait jamais ni douleur, ni gonflement, comme le disait Mead. Ces expériences sont positives; elles sont concluantes pour le poison de la vipère, mais voilà tout. On commettrait une grave erreur, je crois, si on en déduisait des conséquences pour tous les autres virus. Si Fontana eût expérimenté sur un ophidien dont le poison sécrété est plus délétère, il eut probablement obtenu des effets toxiques; la preuve c'est que M. Rousseau, il y a quelques années, a expérimenté sur un serpent à sonnette, et il a constaté qu'il pouvait être absorbé par les surfaces muqueuses, et déterminer la mort des animaux auxquels on en mettait dans l'œil. Il est à regretter que M. Rousseau n'en ait pas ingéré dans l'estomac; s'il en eût mis une assez grande quantité, peut-être il n'eût pas été neutralisé par l'action de cet organe. Le mot virus, créé par les pathologistes pour désigner un germe particulier, produisant dans l'organisme des spécialités morbides constantes et toujours les mêmes pour chaque virus, ce mot, dis-je, n'est qu'une abstraction renfermant l'idée complexe de produits tout-à-fait différens; il a servi à grouper sous un même nom des stimulus morbides, dont l'essence intime est tout-à-fait inconnue, dont le mode d'action est entièrement différent; chacun d'eux a des propriétés spéciales, une activité et des effets qui lui sont inhérens; dès-lors, on ne peut rien conclure, d'une manière générale, des expériences faites sur l'un ou sur l'autre; il faut les étudier à part, les expérimenter isolément : aussi, je ne pense pas que rien prouve jusqu'à présent que le virus vénérien soit neutralisé par l'action de l'estomac; je serais même porté à penser le contraire, car on a vu, d'après ce m'a rapporté un de mes amis, élève interne à l'hôpital des Vénériens, des animaux, des chats, contracter des symptômes de syphilis, des exostoses, pour avoir mangé la charpie imbibée du pus de bubons et de chancres vénériens. Mais, dira-t-on, l'absorption a pu se faire par les surfaces muqueuses et œsophagiennes; pourquoi, comme je l'ai déjà dit, n'en serait-il pas de même dans l'observation que j'ai rapportée?

ptômes consécutifs de vérole se seraient, je le pense, manifestés, si je n'avais employé une médication propre à prévenir ces accidens.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Mémoire et Observations sur les diverses altérations du corps thyroïde qui constituent le goître,

Par le docteur C. SACCHI,

Chirurgien en chef de l'hôpital de Treviglio (1).

Placé dans des circonstances qui lui ont fourni de nombreuses occasions d'étudier les altérations variées que présente le corps thyroïde, M. Sacchi avait rassemblé beaucoup d'observations dès l'année 1827, lorsqu'il eut connaissance du travail important de Walther sur ce sujet. L'analogie complète des faits rassemblés par cet auteur, avec ceux que le docteur Sacchi avait receuillis, avait déterminé ce dernier à interrompre ses recherches, quand il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Treviglio, où les exemples multipliés qu'il eut sous les yeux le décidèrent à continuer ses premières observations. Nous extrairons de ce travail les parties qui nous ont paru les plus importantes, et que nous regrettons de n'avoir pu faire connaître plus tôt à nos lecteurs.

Le corps thyroïde, comme toutes les autres parties de l'économie animale, peut devenir le siége de l'inflammation : le diagnostic de cette phlegmasie est toujours facile, et réclame dès le début un traitement antiphlogistique très énergique. Si, par suite de la situation et des rapports de cet organe particulier, son inflammation se complique souvent de symptômes graves du coté du cerveau ou des poumons, sa structure, éminemment vasculaire et surtout veineuse, est une condition qui en favorise la résolution. Il se passe dans la thyroïde ce qu'on observe dans la rate : comme cette dernière, elle est exposée à des congestions, à l'inflammation, mais il est très rare qu'elle devienne rapidement le siége d'altérations profondes. L'induration et la suppuration sont les suites les plus ordinaires de l'inflammation de la thyroïde, et si l'on a vu quelquefois sa suppuration entrainer des accidens graves, et même la mort, bien plus souvent cette terminaison de la phlegmasie a été suivie de la disparition radicale de goîtres très volumineux. C'est en s'appuyant sur ce résultat de l'expérience, que les chirurgiens ont plus d'une fois employé le séton et l'application du caustique, pour obtenir la guérison de cette maladie.

Le plus souvent, le goître consiste en une augmentation du volume de la thyroïde sans altération appréciable de son tissu. Cette espèce, que quelques auteurs ont appelée charnue, doit être considérée, dit avec raison M. Sacchi, comme une hypertrophie simple. On l'observe particulièrement chez les jeunes filles et chez les femmes; elle est reconnaissable à la régularité de la tumeur, à sa consistance uniforme; très rarement on la trouve composée de plusieurs lobes distincts. Quand on examine cette sorte de goître sur le cadavre, on voit que le tissu du corps thyroïde n'offre aucune différence dans ses caractères anatomiques, non plus que sous le rapport de sa couleur, de sa consistance, et de l'humeur visqueuse et glaireuse qu'on en fait sortir en l'exprimant entre les doigts avec précaution. Il est à remarquer que le calibre des principaux vaisseaux est alors notablement élargi, spécialement celui des veines. Le goître de cette espèce se dissipe en général avec facilité sous l'influence d'une médication douce, d'un régime relâchant, et de l'éloignement des causes qui ont amené la maladie.

Il est rare que la thyroïde, simplement hypertrophiée, reste longtemps dans cet état, sans éprouver de changemens dans son organisation. Pour peu que cette première modification persiste, le tissu de cet organe présente bientôt diverses altérations qui peuvent toutes se rapporter à deux principales, suivant M. Sacchi; et encore, quoique toujours différentes l'une de l'autre, peut-être ne sont-elles que deux degrés de la même altération, car il est certain que l'une succède toujours à l'autre. La première constitue le goître scrofuleux (*strumosus*); dans la seconde, qu'on nomme goître lymphatique, la tumeur est molle et présente une apparence de fluctuation.

Le goître scrofuleux acquiert le plus souvent un volume considérable, et cependant, abstraction faite de son poids, il cause le moins d'incommodités. La tumeur est ordinairement irrégulière, divisée en lobes plus ou moins distincts, et quelquefois accompagnée de lobules tout-à-fait isolés de la masse principale; sa consistance varie dans les divers lobes qui la composent, ce qui dépend très souvent de l'épaisseur et de l'état de distension de l'enveloppe celluleuse qui la recouvre. Cette membrane, qui n'est formée que par les couches du tissu cellulaire ambiant dans l'hypertrophie simple du corps thyroïde, change d'aspect dans le goître scrofuleux, devient plus épaisse, compacte et résistante; tantôt elle forme une enveloppe commune qui s'étend à toutes les parties de la tumeur, en envoyant des prolongemens dans l'intervalle de chacune d'elles; tantôt chaque lobe, et même chaque lobule, a son enveloppe particulière; ce sont autant de véritables kystes. La matière contenue dans les divers lobes de la tumeur, varie assez habituellement de couleur, de consistance, bien qu'on y trouve toujours un tissu analogue à celui des organes glanduleux. En général, les granulations et toutes les autres parties qui constituent la thyroïde dans l'état sain, sont beaucoup plus développées : le liquide qu'elle renferme y est plus abondant. Cette humeur ressemble tantôt à une huile épaissie, tantôt à un muscus filant, d'autres fois elle est comme albumineuse : il suffit parfois de pratiquer quelques incisions dans la tumeur pour que cette matière liquide s'en écoule; parfois, au contraire, on ne peut l'en faire sortir qu'en exprimant le tissu qui la contient. La dureté de chaque lobe résulte de la quantité et de la consistance de l'humeur qui y est accumulée, et qui fait disparaître de la sorte les sillons qui isolent ces lobes les uns des autres; tantot ils ont une couleur jaunâtre, mais

(1) *Annali univ. di Med.*, N° de décembre 1832. (Extrait O.)

plus communément rouge-brune, leur consistance est plutôt molle que dure. Nous avons déjà dit que ce dernier caractère pouvait dépendre de l'épaisseur de l'enveloppe celluleuse qui les recouvre; mais, dans ce cas, la résistance qu'ils offrent au toucher est toujours accompagnée d'une certaine élasticité très-caractéristique. Quand quelques-uns des lobes d'un goître donnent cette sensation particulière, on peut être certain que leur tissu commence à éprouver la transformation qui vient d'être décrite, et qui constitue, suivant M. Sacchi, une seconde période du goître scrofuleux, celle qui succède à l'hypertrophie.

Il n'est pas rare de voir des goîtres existant depuis fort longtemps, qui offrent, dans plusieurs points de leur étendue, une mollesse extrême, une vraie fluctuation avec une élasticité très prononcée de toute la tumeur. C'est à cette espèce qu'on a donné les noms de goître mou, hydatique, séreux, et plus communément celui de lymphatique. Les aspects différens que présente la matière que renferme la tumeur, justifient ces diverses dénominations, car on y trouve à la fois un liquide séreux, une humeur filante analogue à la lymphe. Ce goître est composé tantôt de vésicules translucides, accollées entre elles, plus ou moins dilatées, recouvertes d'une seule enveloppe celluleuse; tantot c'est une matière muqueuse ou albumineuse, toute semblable à l'albumine de l'œuf, qui remplit et distend plus ou moins un kyste cellulo-fibreux; ou bien on y trouve un liquide lacteseent, quelquefois puriforme : enfin, il n'est pas rare de rencontrer à la fois toutes ces différentes humeurs dans le même goître. Il est des cas dans lesquels la tumeur, malgré une apparence de fluctuation prononcée, ne renferme pas une goutte de ces divers liquides; mais son tissu est converti en une matière spongieuse, semblable au parenchyme du placenta, de couleur variée, et imprégnée d'un liquide de nature diverse. Cette espèce particulière est facile à reconnaitre pendant la vie, à sa mollesse uniforme, à son élasticité et à l'incommodité qu'elle cause fréquemment par suite du volume considérable qu'acquiert la tumeur. Assez souvent on observe dans le goître un ramollissement partiel, avec les altérations diverses qui viennent d'être décrites, ramollissement qui n'est qu'un résultat des progrès de la maladie : ce qui est contraire à l'opinion qu'on a généralement, que le goître devient toujours de plus en plus consistant, dur, à mesure que sa durée se prolonge davantage.

En examinant les différentes altérations qui ont été signalées, il est aisé de reconnaitre qu'elles sont, pour ainsi dire, les degrés d'une même dégénérescence, qu'elles passent de l'une à l'autre par une transformation insensible : c'est ainsi que le goître lymphatique succède ordinairement au goître scrofuleux, de même que ce dernier est toujours la suite d'une hypertrophie du corps thyroïde. Il est assez fréquent, avons-nous dit, de rencontrer ces trois états pathologiques réunis dans la même tumeur, ce qui conduit naturellement à penser qu'ils dérivent tous de la même cause morbide.

La question de savoir si le corps thyroïde peut devenir *primitivement* le siége du squirrhe et du cancer, est encore controversée par plusieurs auteurs. Scarpa (1) pensait que ce corps n'était jamais affecté, dans ce cas, que secondairement, c'est-à-dire consécutivement au cancer ou au squirrhe de la langue, de l'œsophage, des glandes parotides, sous-maxillaires, etc. Nonobstant une autorité aussi imposante, on ne peut douter que la thyroïde ne puisse devenir primitivement squirrheuse et carcinomateuse. Aux exemples déjà cités par M. Alibert et par le savant Walther, M. Sacchi ajoute le suivant qu'il avait recueilli à l'hôpital de Venise, vers la fin de l'année 1826.

Obs. I.re — Depuis quelque temps un vieillard, âgé de soixante ans, était couché dans les salles de chirurgie parmi les individus affectés de maladie chronique; il portait un goître ancien. Quand le docteur Sacchi l'observa pour la première fois, ce malade était déjà très-affaibli, dans un état de marasme avancé; sa peau était sèche, d'une teinte jaunâtre; la respiration difficile, avec toux et crachats puriformes; il portait à la partie moyenne et antérieure du cou, une tumeur plus grosse que le poing, déprimée d'avant en arrière, recouverte de veines nombreuses, adhérente à la peau et aux parties voisines; sa surface était inégale; sa dureté analogue à celle de la pierre, et le malade y sentait des douleurs fixes, profondes et non continues: elles étaient devenues plus vives depuis quelques mois. Il y avait plusieurs années qu'il éprouvait de la peine à respirer; il ne savait pas précisément à quelle époque remontait l'origine de cette tumeur. Il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens adhérens à la tumeur de manière à ne pouvoir en être détachés par le scalpel; leurs fibres étaient indurées et jaunâtres là où existaient les adhérences. Le goître était intimement uni à toutes les parties molles qui l'avoisinaient, mais particulièrement à la terminaison du larynx et au commencement de la trachée; ce conduit était déprimé d'avant en arrière; sa membrane muqueuse épaissie, rouge, enduite d'un mucus tenace dont la cavité des bronches était remplie. Le tissu de la tumeur était entièrement formé par une substance d'un blanc sale, jaunâtre dans quelques points, de consistance vraiment cartilagineuse, traversée par des filamens fibreux très-résistans; dans quelques parties de sa surface sous-cutanée, on remarquait plusieurs points rougeâtres, de deux ou trois lignes de diamètre, ramollis et remplis d'une matière demi-liquide. Les glandes parotides, sous-maxillaires, l'œsophage et la langue étaient dans l'état sain.

D'après cette description, ajoute M. Sacchi, il est évident que le corps thyroïde peut être envahi isolément par une dégénération cancéreuse; cet exemple ne lui laisse pas le moindre doute à cet égard.

M. Sacchi ignore si l'on a jusqu'à présent rapporté des observations de fongus médullaire de la thyroïde; cette dégénérescence ayant été rencontrée dans toutes les parties de l'économie animale, on pouvait présumer que cet organe n'en était pas exempt. Cette opinion est confirmée par le fait suivant.

Obs. II.e — Formentini Antonio, âgé de 45 ans, laboureur, entra à l'hôpital de Treviglio, le 13 août 1832. Ce malade, dans un état valétudinaire depuis quelque temps, avait eu, dès son enfance, un goître assez volumineux qui n'avait jamais cessé de l'incommoder, d'être le siége de douleurs

(1) Voy. son *Mém. sur le squirrhe et le cancer*, inséré dans les *Archiv. gén. de Méd.*, tom. X, p. 277.

profondes et de rendre sa respiration gênée. Depuis plusieurs années, ces douleurs étaient devenues plus fréquentes et plus intenses; la tumeur s'enflammait de temps en temps; le repos, des cataplasmes émolliens et des applications réitérées de sangsues, faisaient disparaître ces accidens. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, la tumeur occupait la partie moyenne et antérieure du cou; sa forme était oblongue, sa situation transversale, sa grosseur égalait celle des deux poings; la peau qui la recouvrait lui adhérait un peu, était luisante, parcourue par de nombreuses veines. Ce goître était uni peu intimement aux parties environnantes, très-saillant en avant, de consistance variée dans les divers points de son étendue, et offrant à sa partie moyenne la sensation d'une fluctuation profonde; les carotides battaient avec force sur les côtés de la tumeur; la face était pâle, les yeux saillans, les conjonctives injectées, les lèvres livides, les membres supérieurs œdématiés de même que les inférieurs, mais à un degré moindre; la voix rauque, la respiration pénible, le pouls régulier, petit, fréquent.

Le docteur Sacchi ne doutant pas que tous ces accidens résultaient de la pression qu'exerçait la tumeur sur les voies aériennes et les principaux troncs vasculaires du cou, pression qui ne pouvait qu'augmenter par l'accumulation d'une quantité de liquide de plus en plus considérable dans la tumeur, regarda comme urgent de lui donner issue en ouvrant cette dernière à l'aide du caustique. En conséquence, il appliqua un large morceau de potasse caustique sur le point de la tumeur où la fluctuation était le plus prononcée. L'escarrhe se détacha le troisième jour, mais sans qu'il s'écoulât aucune espèce de liquide; il sortit, au contraire, une excroissance fongueuse de la grosseur d'une châtaigne, de couleur rougeâtre, et molle. M. Sacchi appliqua dessus un second morceau de potasse caustique qui n'eut d'autre effet que d'accroître l'ouverture de la peau et le volume de l'excroissance. D'après cette seconde cautérisation, quoique cette substance fongueuse ne parût contenir aucune espèce de liquide, M. Sacchi y plongea une lancette qui donna issue à une once et demie d'un liquide jaunâtre, filant, mêlé de sang. Le lendemain, l'excroissance était augmentée d'un tiers; les bords de la plaie étaient renversés; la surface de cette fongosité était irrégulière, d'un blanc sale mêlé de gris, et parsemée d'un nombre infini de petits points rouges. On ne pouvait mieux comparer son aspect qu'à celui que présente une portion de cerveau qui fait hernie, soit à travers une ouverture de trépan, soit par celle qui résulte d'une fracture du crâne : il commença à en suinter un liquide séro-sanguinolent; les symptômes thoraciques s'aggravèrent, et le malade succomba le 31 août, dix jours après son entrée à l'hôpital, avec tous les signes d'un hydrothorax. Le docteur Sacchi ne put faire l'ouverture du cadavre, mais les caractères particuliers qu'il a observés pendant la vie lui semblent ne devoir laisser aucun doute sur la nature de l'altération de la thyroïde, altération qu'il regarde comme un fongus médullaire.

Une des altérations les plus singulières du corps thyroïde est celle qu'on désigne sous le nom de goître anévrysmatique : beaucoup de chirurgiens en ont rapporté des exemples, et Walther entre autres. M. Sacchi l'a observée deux fois. Voici le premier cas :

Obs. III.e — Une femme de 45 ans environ, d'une constitution robuste, entra à l'hôpital de Venise au mois de septembre 1827, pour une fièvre intermittente tierce. Elle portait au-devant du côté gauche et antérieur du cou, une tumeur ovoïde, de la grosseur du poing, indolente, recouverte par les tégumens sains, et qui était le siége de battemens très-forts. Ces pulsations, au lieu de ressembler à celles d'une tumeur anévrysmale, s'accompagnaient d'une sorte de bourdonnement obscur, de frémissement de toute la tumeur, mais beaucoup plus prononcé dans le voisinage du tronc et sur le trajet des principales ramifications de l'artère thyroïdienne supérieure gauche. La carotide de ce côté était un peu repoussée en dehors par la tumeur, qui s'était développée pendant les douleurs d'un accouchement long et difficile : elle existait ainsi, stationnaire et indolente, depuis plus de dix ans. La malade n'en ressentait aucune espèce d'incommodité; la respiration n'en était aucunement gênée, de même que la voix et la déglutition.

Indépendamment des altérations qui viennent d'être décrites, le corps thyroïde en présente encore plusieurs autres moins importantes à connaître, soit à cause de leur petit volume, soit parce qu'elles sont toujours accompagnées d'altérations plus graves. Le docteur Sacchi signale toutefois les épanchemens sanguins circonscrits, qui peuvent quelquefois donner lieu à des accidens excessivement inquiétans, quand on les ouvre sans précaution. Flajani et Monteggia ont vu des tumeurs de cette espèce, occupant presque toute la surface de la thyroïde et de la partie inférieure du cou. La mélanose et les tubercules se développent aussi dans le goître, de même qu'au milieu du corps thyroïde d'ailleurs sain, mais il y a toujours alors des altérations graves des poumons; il suffit de mentionner les tumeurs hydatiques isolées, l'athérôme, le stéatôme, les productions cartilagineuses, osseuses, les concrétions crétacées, qu'on y a observées souvent depuis Morgagni et Haller. On sait que le corps thyroïde est devenu quelquefois emphysémateux à la suite d'une rupture accidentelle de la trachée-artère.

Telles sont les différentes altérations du corps thyroïde, qui, en déterminant un accroissement plus ou moins considérable de son volume, constituent la maladie communément désignée sous le nom de goître; qui, dans quelques cas rares, se montrent isolées, mais qui sont le plus souvent réunies, combinées, de manière qu'elles paraissent n'être que des degrés différens d'une même altération.

Les observations du docteur Sacchi viennent à l'appui de celles de tous les auteurs qui ont écrit sur les causes de cette maladie; il a reconnu qu'elle se développe particulièrement sous l'influence prolongée des eaux dites, crues, indigestes, chargées de sels calcaires, et ce fait est d'autant plus positif qu'en changeant de lieu et cessant de boire la même eau, les individus affectés de goître voyaient la maladie disparaître.

Quant au traitement, l'auteur passe successivement en revue tous ceux qui ont été conseillés et employés. Parmi les moyens hygiéniques, on doit placer en première ligne l'éloignement du pays dans lequel le goître s'est développé, et conséquemment l'usage d'une eau plus salubre, et l'usage d'un régime alimentaire différent. Le docteur Sacchi parle ensuite des nombreux médicamens, et surtout des prépara-

tions d'iode, administrées en topiques ou intérieurement. Il a remarqué que ces dernières préparations étaient les plus efficaces, spécialement dans l'hypertrophie du corps thyroïde et dans le goître scrofuleux : dans le goître mou ou lymphatique, leur action est moins énergique. Elle ne l'est aucunement dans les goîtres petits, ou isolés et durs, ce qu'on conçoit aisément quand on sait quelle est le plus habituellement la nature de ces altérations circonscrites du corps thyroïde. Des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, continuées pendant cinq ou six semaines, ont suffi pour faire disparaître complètement des goîtres très volumineux. A part les tumeurs enkystées, le squirrhe, le fongus médullaire, les épanchemens sanguins et l'anévrysme par anastomose, toutes les autres altérations qui peuvent constituer le goître sont combattues avantageusement par ce moyen.

Malgré la disparition de goîtres à la suite d'une suppuration abondante déterminée par la potasse (pierre à cautère), le docteur Sacchi considère l'application de ce caustique comme dangereuse. Il veut qu'on n'y ait recours que bien rarement. Le séton passé dans l'épaisseur de la tumeur a eu des succès, mais notre auteur n'a pas cru devoir en faire usage ; il préférait l'ablation ou une cautérisation locale dans certains cas où les préparations d'iode restent sans effet. On peut d'ailleurs causer par ce moyen une inflammation profonde dont il devient difficile de borner ensuite les progrès. L'extirpation de la tumeur a été pratiquée plusieurs fois avec succès, mais c'est une opération qui présente bien des chances défavorables. La ligature des artères thyroïdiennes supérieures, qui a été faite avec succès par Walther et par plusieurs autres chirurgiens, dans le goîte anévrysmatique, pourrait être utilement appliquée aux goîtres dus à l'hypertrophie simple de la thyroïde. Le docteur Sacchi se contente de signaler, dans ce cas, cette opération, qu'il n'a pas eu l'occasion de mettre en pratique.

Leçons sur la cataracte Congénitale;

Par le professeur MIDDLEMORE (1).

Il arrive quelquefois qu'un enfant vient au monde avec une cataracte sur chaque œil ; il n'est même pas rare de voir plusieurs enfans de la même famille présenter ce phénomène congénital. Nous avons vu dans cet établissement (hôpital ophthalmologique de Birmingham), quatre enfans de la même mère naître successivement chacun avec deux cataractes ; on trouve des faits de ce genre dans l'ouvrage de Saunders, page 158, et dans les excellentes leçons de Dupuytren.

Observation. — Thomas Gardner, âgé de 22 ans, avait une cataracte congénitale sur chaque œil. Sa mère le fit voir au docteur Power, de Lichtfield, lorsqu'il était très jeune, et ce médecin ayant recommandé qu'on ne fit aucune opération qu'il ne fût plus âgé, elle crut devoir attendre jusqu'à ce moment. Avant l'opération, il voyait à peine assez pour marcher ; quelquefois en plaçant un livre presque en contact avec ses yeux, et en regardant de côté, il pouvait distinguer quelques lettres ; il percevait les variations brusques de lumière, les couleurs les plus éclatantes, etc. ; mais il ne voyait point assez pour lire et se livrer à aucune occupation.

Aspect de la cataracte. — Une membrane dense et opaque, plus petite que l'ouverture pupillaire (qui était naturellement comme sous l'influence d'une lumière ordinaire), était située immédiatement derrière la chambre postérieure ; elle était pointillée ou marbrée, et était évidemment la capsule du crystallin.

Circonstances particulières de l'état de l'œil. — La prunelle est très-petite ; les muscles du globe de l'œil ont acquis une irritabilité extrême, et celui-ci est continuellement roulant dans son orbite. La cornée est extrêmement petite et plus convexe qu'à l'ordinaire ; l'iris, saine en apparence, est beaucoup plus éloignée qu'à l'ordinaire de la surface interne de la cornée, et sa mobilité est moins active et plus limitée qu'elle ne devrait être. Il n'y a aucune inflammation de l'œil.

Opération. — Dans ce cas, je désirais opérer d'abord sur un œil, afin de voir, d'après les résultats de l'opération, de quelle utilité pouvait être l'extirpation de la capsule opaque ; car, comme je vais le dire bientôt, souvent, dans ces cas, la rétine est inapte à remplir l'office de la vision ; et aucune modification en bien ou en mal de celle-ci n'est due à l'enlèvement de l'obstacle matériel. Comme expérience qui ne pouvait entraîner aucun inconvénient, j'introduisis une petite aiguille à cataracte derrière le bord de la cornée, comme pour l'opération par abaissement ; j'éloignai la capsule de la pupille en abaissant la pointe de l'aiguille, de manière à laisser cette partie parfaitement claire, et je m'efforçai de détacher la membrane opaque de l'iris avec laquelle elle avait contracté des adhérences. Cependant, en retirant l'instrument de l'œil, la capsule remonta promptement à sa position première. Cette opération ayant complètement échoué, j'en pratiquai une autre au bout de neuf jours : elle consista à faire une petite ponction dans la cornée, à introduire une paire de pinces fines dans l'incision, et au-dessous du lambeau de la cornée, et à retirer ou plutôt à essayer de retirer la membrane endurcie ; mais je trouvai que les adhérences de cette membrane avec l'iris étaient si solides, que j'aurais plutôt séparé l'iris de ses connexions ciliaires que de les détruire ; je me contentai donc de la faire passer à travers la pupille, et de la laisser dans la chambre antérieure. Bientôt après cette opération, la capsule opaque se retira dans la chambre postérieure. Lorsque l'inflammation légère produite par cette opération fut dissipée, je fis une incision avec le couteau de Beer sur la cornée, et la divisai comme pour l'opération ordinaire de l'extraction, excepté toutefois que l'incision de la cornée fut moins étendue ; j'introduisis un petit crochet derrière le bord de la capsule, et la retirai sans la plus légère difficulté. L'œil fut en peu de jours dans l'état où il est maintenant.

J'ai pratiqué cette troisième opération seulement sur l'œil droit, divisant la cornée à sa partie supérieure et non à sa partie inférieure, et je n'ai éprouvé aucune difficulté à retirer la capsule opaque ; la pupille est maintenant claire et

(1) *The London Med. and Physic. Journal.* Juin 1832.

circulaire, l'iris est intacte, et il ne reste aucun fragment de la capsule opaque.

Il n'est pas d'usage maintenant de laisser la cataracte congénitale en place, comme dans le cas précédent, sans essayer rien pour sa cure : la pratique établie et la plus correcte est d'opérer les enfans à l'âge peu avancé de six à huit mois (1), et c'est à Saunders que l'on doit d'avoir le premier recommandé et mis en vogue cette pratique, quoique les amis du docteur Gibson, de Manchester, en réclament pour lui l'honneur (2). C'est certainement une grande amélioration dans le traitement de cette affection, de ne pas attendre, comme on avait coutume naguère, pour opérer, que le sujet fût adulte ; car, outre la perte de temps qui résulte pour le malade de la continuation de la maladie, plusieurs lésions graves peuvent survenir dans la structure et les fonctions de l'œil et dans ses dépendances, lésions qui tiennent évidemment, pour la rétine en particulier, à l'absence de l'impression normale de la lumière ; et le jeune homme qui fait le sujet de l'observation racontée ci-dessus offre les plus importantes de ces lésions.

D'abord l'œil est remarquablement petit et imparfaitement développé. Tout organe a besoin, pour prendre un accroissement régulier, d'être exercé à un degré et à une époque convenables. Il est digne de remarque ici que, quoiqu'aucune partie de l'œil ne manque, excepté le crystallin et sa capsule, et qu'à cela près l'organe soit parfait sous le rapport du nombre et de l'intégrité de ses parties diverses, cependant sa grosseur est tellement au-dessous de ce qu'elle devrait être, que ce phénomène est sensible à la plus légère inspection (3).

Une autre chose à observer, c'est le mouvement continuel du globe oculaire. Quand un homme veut regarder un objet attentivement, ses yeux deviennent fixes et immobiles ; cette tranquillité est indispensable à la perception exacte des petits objets. Chez l'adulte qui est affecté de cataracte congénitale, l'œil est continuellement dirigé en tous sens ; les muscles du globe de l'œil ont perdu toute assurance dans leur action et sont devenus en grande partie indépendans de la volonté. Ce phénomène est très remarquable dans le sujet de cette leçon. Il semble que la rétine ne reçoive d'aucun objet une impression distincte et suffisante pour décider la puissance visuelle (*the powers of vision*) à la contemplation approfondie de ses caractères.

On conçoit facilement qu'une rétine qui est privée pendant un grand nombre d'années de son stimulus naturel, doit perdre une très grande partie de sa sensibilité. C'est ce qui est arrivé pour le jeune homme présent ; quoique la cataracte ait été enlevée, que la pupille soit claire et qu'aucun obstacle mécanique ne s'oppose à l'introduction de la lumière, cependant sa vision est de beaucoup inférieure à celle des personnes qui ont été guéries d'une cataracte formée dans un âge avancé de la vie.

Telles sont donc les conséquences nécessaires de la permanence de la cataracte congénitale : 1° développement imparfait de l'œil ; 2° mouvemens continuels, désordonnés, involontaires du globe de l'œil ; 3° diminution de la sensibilité de la rétine. Il faut noter que les deux premiers accidens sont complètement incurables, et que le troisième est rarement susceptible d'amélioration. Le docteur Farre, en faisant allusion à la pratique de Saunders, corrobore cette opinion : chez plusieurs enfans, dit-il, guéris à l'âge de quatre ans et au dessous, la sensibilité de la rétine n'était point inférieure à celle des enfans du même âge qui voyaient depuis leur naissance ; mais à huit ans et même au dessous, il y avait une diminution notable de la sensibilité ; à douze, celle-ci était encore plus obtuse ; et depuis l'âge de quinze ans et au dessus, il ne restait quelquefois que la simple perception de la lumière. »

Si on laisse la cataracte congénitale en place sans rien tenter pour sa cure, la capsule opaque, qui est ordinairement ce qui reste de l'affection primitive, peut contracter des adhérences avec les parties environnantes et particulièrement l'iris ; cette circonstance diminue beaucoup l'espoir de rendre la vue au malade, et ajoute aux difficultés de l'opération.

La cataracte congénitale varie beaucoup en couleur et en consistance ; elle varie aussi sous le rapport du siége de l'opacité. Le crystallin est ordinairement blanchâtre et présente souvent une apparence laiteuse ; il est mou, presque fluide, et la capsule est transparente. Telle est, neuf fois sur dix, la nature exacte de la maladie, au moins pendant les premières années de la vie ; mais dans le cours de quelques années, le crystallin est absorbé, la capsule devient opaque, et ses deux lames n'étant plus séparées par l'interposition du crystallin, s'unissent et forment une membrane très ferme, comme on le voit dans la capsule retirée de l'œil de Thomas Gardner. Dans cette union des deux lames de la capsule du crystallin, c'est la lame antérieure qui s'affaisse sur la postérieure, car celle-ci est rendue immobile par une union solide avec la membrane hyaloïde.

C'est une question de savoir si la capsule opaque possède ou non la faculté d'absorber le cristallin, et je suis disposé à croire qu'il n'en est rien (1). Il serait bon de prendre note

(1) M. Lawrence recommande de faire cette opération plutôt vers l'âge d'un à deux mois. (*Voyez* ses leçons de chirurgie.) Le docteur Farre dit que les plus grands succès qui couronnèrent les opérations de Saunders pour la cataracte congénitale, eurent lieu chez des enfans âgés de dix-huit mois à quatre ans.

(2) Dans l'année 1801, M. Ware publia le récit d'un cas où il réussit à guérir une cataracte congénitale par l'abaissement, chez un garçon de sept ans, et il posa en principe l'extraction de la capsule par une incision de la cornée, si elle est épaisse et dure. En 1805 il répéta cette assertion, et recommanda de nouveau la méthode par abaissement, comme le meilleur moyen de guérir la cataracte, et en 1811 il affirme qu'il a l'habitude d'opérer chez les enfans affectés de cataracte congénitale, en lacérant légèrement la capsule antérieure. Cheselden opérait chez de *jeunes enfans*, comme il paraît, d'après ce qu'il dit dans son petit ouvrage sur l'anatomie, publié en 1732, page 304.

(3) J'ai eu occasion de voir dernièrement deux jeunes sujets qui étaient nés avec une cataracte sur chaque œil, et dont les mains et les pieds étaient excessivement petits. Ce défaut de développement était tel, qu'un médecin qui voyait ces personnes avec moi, remarqua qu'on aurait cru voir *les mains et les pieds d'un enfant attachés à des membres d'adulte*. J'ai fréquemment observé diverses anomalies dans la forme et le développement de différentes parties chez des sujets affectés de cataracte congénitale.

(1) Le pouvoir d'absorption des membranes séreuses est toujours diminué et souvent entièrement détruit, quand elles sont devenues denses et opaques par suite de maladie.

des cas où une capsule opaque renferme son cristallin, et de voir si celui-ci est absorbé, sa capsule étant opaque dans tout son tissu ; il faudrait toutefois, dans de telles recherches, s'assurer, aussi exactement que possible, de l'état de la lame postérieure de la capsule. Ce soin est indispensable pour arriver à des conclusions correctes sur ce sujet. Je n'ai jamais vu l'opacité de la capsule du cristallin congénitale, le cristallin restant transparent, et je n'ai jamais observé une cataracte congénitale *dure* dans les premiers temps de la vie.

J'ai déjà dit que le cristallin est d'abord opaque ; qu'aussitôt qu'il est absorbé, la capsule qui a opéré son absorption devient opaque à son tour; que les deux lames de celle-ci s'agglutinent et contractent fréquemment des adhérences avec l'iris. Il est tout simple que cette espèce de membrane épaisse et coriace ne soit pas éliminée par le même procédé que le cristallin. Saunders y fait allusion en termes non équivoques, et il dit que si cette capsule endurcie est laissée en place, on ne pourra plus ni l'abaisser ni l'extraire, et il recommande de pratiquer à son centre une ouverture avec une aiguille. Il semble que Saunders avait quelques raisons pour parler ainsi, et pourtant les apparences sur lesquelles il s'appuyait étaient trompeuses. Si la capsule épaissie est laissée en place pendant longtemps, elle contracte en général des adhérences avec l'iris, et a très souvent de fortes connexions avec la membrane hyaloïde ; ces circonstances augmentent beaucoup les difficultés de l'extraction et de l'abaissement, et nous avons vu, dans le cas sus-relaté, que lorsque j'eus éloigné la capsule de la pupille dans ma première opération, elle reprit ensuite sa place accoutumée, et cela venait de ses connexions avec la membrane hyaloïde ; que, dans la seconde tentative, en raison de la petitesse de l'incision faite à la cornée, et de l'impossibilité où j'étais de faire manœuvrer les instrumens nécessaires pour détruire les adhérences de la capsule avec l'iris, j'aurais plutôt déchiré celle-ci que détruit ces adhérences ; et que si j'ai réussi à enlever la capsule très promptement à ma troisième tentative (1) sur l'œil gauche, et à ma première sur l'œil droit, c'était principalement parce que j'avais fait l'incision de la cornée suffisamment large. Ce dernier procédé, l'extraction de la cataracte capsulaire endurcie par une section de la cornée, a été proposé avec beaucoup de chaleur, et pour la première fois, par le docteur Gibson, de Manchester.

Gibson avança que très peu d'inflammation était excitée par la simple section de la cornée et par les manœuvres nécessaires à l'extraction de la capsule opaque dans les cas analogues à celui dont nous nous occupons ; mais si cette capsule n'est enlevée rapidement et sans l'introduction fréquente des instrumens, il est fortement à craindre que l'iris et les divers tissus de l'œil ne s'enflamment à un haut degré. C'est la difficulté de se servir des instrumens dans un espace aussi petit que celui qui est offert par l'incision de la cornée, qui a porté Gibson à inventer les beaux instrumens qui portent son nom, *le crochet, les pinces et les ciseaux de Gibson.*

Gibson ne faisait qu'une simple ponction de la cornée, mais j'ai eu lieu plusieurs fois de me repentir d'avoir suivi son avis sur ce point, et sachant que la cornée peut être assez largement divisée chez des sujets qui ne sont ni très jeunes ni très vieux, sans craindre son ramollissement ni une inflammation inquiétante, j'ai pensé qu'il valait mieux faire à la cornée une incision presque semblable à celle que est faite pour l'opération ordinaire de la cataracte par extraction, et je regarde cette incision comme un perfectionnement réel apporté à la méthode de Gibson. Pour fixer l'œil avant de faire la ponction de la cornée, le doigt indicateur et le doigt médius de la main gauche (si l'on opère sur l'œil gauche), doivent s'étendre au-delà du bord tarsal de la paupière inférieure ; le doigt médius doit appuyer fortement contre le globe de l'œil vers son côté nasal, et l'indicateur appuyer de la même manière du côté de la tempe, de manière à rendre l'œil immobile ; on peut, dans cette opération, employer plus de force que dans l'opération ordinaire de la cataracte par extraction ; car la mobilité acquise de l'œil rend très difficiles les opérations à pratiquer.

Ainsi, dans tous les cas de cataracte congénitale chez un enfant, il faut recourir sans délai à l'opération, s'il se porte bien, et s'il est âgé de plus de six mois ; il ne faut point alors chercher à diviser la cornée et à faire l'extraction de la cataracte ; mais au contraire opérer pas abaissement, comme l'ont conseillé Ware, Gibson et Saunders. Si au contraire, il s'agit d'une cataracte congénitale telle que celle qui fait le sujet de l'observation relatée ci-dessus, il faut l'extraire par le procédé que je viens de décrire, et qui n'est qu'une modification de la méthode proposée d'abord par Ware, mais plus particulièrement préconisée, décrite et pratiquée par Gibson. S'il existe des adhérences étendues entre la capsule endurcie et l'iris, il faut introduire dans l'incision les ciseaux de Gibson ou de Maunoir, faire une ouverture dans cette capsule et la couper aussi près que possible du bord pupillaire de l'iris ; les fragmens seront enlevés avec le crochet ou la pince.

Si la cataracte, qui était d'abord lenticulaire, devient membraneuse, et que les deux lames de la capsule occupent la pupille et s'unissent, on ne peut en espérer la cure par la dissolution, car la densité de sa texture la rend très réfractaire à l'absorption ; l'abaissement en est rendu impossible par la solidité de ses adhérences avec la membrane hyaloïde. Dans ce cas l'extraction est décidément préférable ; mais s'il se présente chez un enfant, cette opération ne serait ni nécessaire, ni raisonnable ; elle ne serait pas nécessaire, parce que la maladie peut être promptement guérie par une opération moins difficile et moins grave ; elle ne serait pas raisonnable, parce que dans l'enfance l'iris est très rapprochée de la cornée, la cornée est plus épaisse, d'une texture plus lâche ; les lamelles sont plus mobiles l'une sur l'autre que dans un âge plus avancé ; de telle sorte qu'il est extrêmement difficile de diviser la cornée sans blesser l'iris, ou sans craindre une opacité étendue de la cornée.

(1) Les deux premières opérations avaient détruit ou affaibli quelques-unes des adhérences de la capsule avec l'iris, et avaient ainsi favorisé la dernière.

DU RAPPORT ENTRE LES MALADIES DES REINS ET L'APOPLEXIE, ET LA MORT SUBITE;

Par le docteur ARTHUR WILSON.

L'auteur fait d'abord remarquer qu'il est très-important, dans la recherche des causes de mort subite et imprévue, d'examiner l'état du sang, et, à cette occasion, il cite plusieurs cas dans lesquels, suivant lui, les reins ont déterminé la mort plus ou moins rapidement, par suite des changemens qu'ils avaient apportés dans la composition de ce liquide. On peut juger de l'influence qu'exerce l'action des reins sur l'organisme tout entier, dit M. Wilson, quand on considère combien cette action est continue, et l'on doit en apprécier l'influence bien moins sous le rapport des élémens nuisibles qui sont chassés par cette voie, que sous celui de l'état normal dans lequel les reins maintiennent ainsi le sang qui est en circulation: de tous les organes de l'économie animale, il n'en est aucun, ajoute-t-il, dans lesquels le sang éprouve des modifications matérielles aussi considérables que dans les reins. Nous croyons inutile de faire observer que l'auteur semble ici oublier tout-à-fait ce qui se passe dans les poumons. Quoi qu'il en soit, il rappelle comme exemple de l'influence des reins sur le cerveau, l'assoupissement, le coma, qui se manifeste dans l'ischurie, effet qui, selon M. Wilson, est produit par l'intermédiaire du sang et non par suite des rapports sympathiques existant entre ces organes, ainsi que le disent la plupart des pathologistes. Bien que tous reconnaissent les sympathies des reins avec l'encéphale, à peine en compte-t-on quelques-uns, dit M. Wilson, qui aient remarqué la rapidité avec laquelle les premiers organes exercent une influence très grande sur le second, et observé les effets funestes qui peuvent en résulter. Parmi les exemples qu'il a recueillis à l'hôpital St.-George, à l'appui de cette opinion, nous rapporterons les deux suivans:

Obs. Ire. — Le 13 avril 1831, Marie Rouen entra à l'hôpital pour des douleurs accompagnées d'un gonflement des jambes (c'est ainsi que son état fut indiqué sur le registre d'inscription). La face était d'une pâleur extrême, et son expression était celle que donnent des souffrances aiguës. Le jour même de son entrée, elle fut frappée d'un *coup-de-sang*, ce fut l'expression des femmes de service. Le docteur Wilson vit la malade dans la soirée; il y avait insensibilité générale, respiration stertoreuse; elle succomba le lendemain. Des renseignemens, pris auprès des amis de cette femme, apprirent qu'elle était valétudinaire, souffrante, depuis trois mois, et que, trois semaines auparavant, elle avait eu une attaque de paralysie. L'ouverture du cadavre, faite avec soin, ne fit découvrir aucune altération, aucun épanchement dans le crâne et le cerveau: cet organe était même pâle et exsangue. Les troncs veineux principaux étaient vides de sang; les ventricules latéraux ne contenaient pas une goutte de sérosité. Dans les deux reins, la substance corticale était disparue; on voyait à sa place un tissu homogène brunâtre, celluleux, infiltré d'un liquide séreux, n'offrant aucune trace du type normal dont il avait seulement l'épaisseur. Les substances tubulaire et mamelonnée étaient altérées de manière à être à peine reconnaissables dans quelques points. Le rein gauche contenait, en outre, un kyste hydatique assez volumineux, qui communiquait avec le bassinet par plusieurs ouvertures assez larges: ce kyste renfermait un peu de liquide. La vessie était vide; l'uretère droit dilaté, et son embouchure dans la vessie, presque oblitérée par suite de l'épaississement des parois de la vessie. Les poumons et le cœur étaient dans l'état sain. Les plèvres contenaient six onces d'une sérosité rougeâtre. Le col de l'utérus était presque entièrement détruit par une ulcération.

Quoique chez cette femme, des pertes utérines aient notablement diminué la quantité du sang, le docteur Wilson n'hésite pas à considérer l'attaque d'apoplexie et la mort, comme un résultat de l'altération du sang produite par la désorganisation des reins. Le docteur Bright a bien cité plusieurs cas de méningite et épanchement séreux, coïncidant avec une altération des organes qui sécrètent l'urine; mais dans les observations du docteur Wilson c'est la substance cérébrale elle-même qui était altérée.

Obs. IIe. — Un jeune homme se plaignait, depuis quelque temps, de faiblesse, de malaise, et de temps en temps d'un sentiment d'oppression très-pénible; la langue était constamment blanchâtre, et la peau d'un jaune foncé. Huit jours avant sa mort, il avait fait encore une promenade, à la suite de laquelle il avait éprouvé plus de dyspnée. Le lendemain, on le trouva dans son lit, privé de sentiment, et avec une respiration stertoreuse. Une saignée de quinze onces fit cesser cet état d'insensibilité, et dans le cours de ces huit jours, il ne survint par de nouveaux accidens, ni de paralysie, mais le malade resta dans un état d'imbécillité. Une seconde saignée fut pratiquée, et le sang se recouvrit d'un couenne épaisse.

A l'autopsie, on ne trouva aucune trace d'épanchement, ou de toute autre altération du cerveau. Les veines méningiennes et les sinus de la dure-mère, quoique très-larges, étaient vides de sang, de même que celles de tout le reste du corps, à l'exception des veines rénales. Les reins, réduits au quart de leur volume naturel, ne présentaient aucun vestige de substance corticale. La vessie contenait quelques onces d'un liquide incolore, qui se coagulait promptement par la chaleur et par l'acide nitrique. Dans ce cas, on a vu, comme dans plusieurs autres analogues, où le tissu des reins était profondément altéré, le sang former une couenne épaisse à sa surface, quoiqu'il n'existât pas le moindre signe d'inflammation dans les divers organes de l'économie.

Le docteur Wilson a vu deux autres individus succomber ainsi très-rapidement et d'une manière inopinée, et chez lesquels la mort avait été aussi précédée d'attaques d'apoplexie. L'examen du cadavre de l'un et de l'autre ne fit découvrir aucun épanchement, ou toute autre altération, à la surface et dans les cavités du crâne et de l'encéphale. Mais les reins étaient désorganisés à tel point, qu'il était impossible que la sécrétion urinaire ne fût pas complètement altérée. De ces faits, cet auteur conclut qu'il importe de fixer son attention sur l'état des reins et la composition de l'urine dans l'apoplexie, l'hydrothorax, l'anasarque, l'épilepsie, etc.; que dans tous les cas de mort subite, il est également très-important d'examiner soigneusement les reins afin de reconnaître s'ils n'ont pas contribué à déterminer la mort. Le docteur Wilson termine, en faisant remarquer que l'excrétion d'une quantité abondante d'urine est un des symptômes qui accompagnent ou suivent les accès d'hystérie, coïncidence qui vient encore à l'appui de son opinion sur l'influence très-grande que l'appareil urinaire exerce sur le système nerveux. (*The London med. Gazette*, mars 1833.)

Nous avons extrait textuellement cet article du mémoire de M. Wilson, afin qu'on puisse juger du degré de fondement des divers argumens sur lesquels il appuie son opinion. Nous ne chercherons pas à présenter ici toutes les objections qu'on pourrait lui opposer, chacun les devinera aisément. Toutefois, nous avons cru utile d'exposer ici une analyse de ce travail, parce qu'il importe toujours de rechercher soigneusement toutes les causes qui peuvent déterminer les morts subites et imprévues, et que, sous ce rapport, une opinion, quelle qu'elle soit, mérite au moins d'être connue et examinée.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

JUIN 1833.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

Sur une Loi de l'économie animale, relative à la position des embryons et du fœtus dans l'utérus, ou les oviductes et les ovaires des femelles d'animaux;

PAR J.-J. VIREY.

M. Paul Dubois, dans un intéressant mémoire sur la détermination de l'instinct chez le fœtus humain (1), établit en principe que, par une disposition vitale, le fœtus dirige sa tête en avant pour la facilité de sa sortie dans l'accouchement, et qu'il en est de même chez les autres mammifères. Enfin, l'auteur réfère à cette unique cause, *à l'instinct*, la situation normale ou régulière, la plus ordinaire de toutes, ou la présentation de la tête, à la sortie de la cavité utérine.

Or, les faits naturels ne doivent pas être considérés sur une seule espèce d'êtres, ou pour un petit nombre seulement, mais examinés dans la série zoologique entière, afin d'en déduire les lois universelles de l'organisation.

Il y a plus : l'espèce humaine, d'après l'état de civilisation auquel elle est parvenue, et par l'effet des coutumes variées qui l'écartent si fréquemment de l'ordre naturel, est la plus exposée, parmi le règne animal, à des déviations anormales dans ses fonctions, surtout celles de la reproduction. Il n'est pas nécessaire d'en exposer les raisons. Aussi, personne n'ignore combien la femme est assujétie aux avortemens, à des troubles de la sensibilité durant la gestation, comme à engendrer des monstres.

De là vient que chez elle l'état normal subit tant d'exceptions, et l'accouchement est plus laborieux, plus irrégulier dans sa marche et sa terminaison que chez les autres espèces.

Il ne convient donc point de prendre la femme elle-même pour type dans ces actes de l'économie animale, car on pourrait la récuser à juste titre. C'est néanmoins sur ce témoignage suspect, quoique journalier, que s'appuient la plupart des physiologistes, pour établir des règles relatives aux fonctions de l'organisme dans le mode d'éclosion ou de part du fœtus.

Malgré cette mobilité si souvent morbide, due à l'extrême prédominance d'action de notre appareil nerveux sur les autres organes, et à ses ébranlemens désordonnés dans notre état social, la nature reprend souvent ses droits. Ainsi, en réunissant un grand nombre de faits d'observation, les résultats généraux se montrent toujours en majorité pour rétablir les lois primordiales.

Dans les accouchemens naturels, le fœtus, à sa sortie, présentant toujours la tête la première, les physiologistes et les accoucheurs ont cru trouver l'explication simple de cette disposition normale dans la pesanteur prépondérante de la tête du fœtus, qui tend vers la cavité du bassin chez la femme en son état de station ordinaire. On s'était confirmé dans cette opinion d'autant plus qu'en suspendant, par son cordon ombilical, un fœtus dans l'eau, la tête se précipite en avant. L'on établissait qu'au septième mois, le fœtus prenant un grand accroissement du côté de la tête, il arrivait un moment où il faisait une culbute. Ces explications se retrouvent encore dans beaucoup d'ouvrages récens.

Toutefois, les modernes accoucheurs les plus instruits en physiologie, ont révoqué en doute cette théorie. En effet, les mammifères dont la station est horizontale et dont les fœtus n'offrent pas une tête d'un poids prépondérant, conservent cependant la même direction dans le part, sans qu'on puisse raisonnablement l'attribuer à la pesanteur de cette partie. Ensuite, le fœtus humain, non plus que celui des autres vivipares, n'est jamais suspendu par le cordon ombi-

(1) Voir les *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, tome II, Fascicule 3, page 265, sq.

lical, qui, parfois, est même contourné autour de son cou. Enfin, le placenta se trouve, en quelques circonstances, attaché du côté de l'orifice utérin, en sorte que rien n'oblige alors la tête du fœtus à tomber la première.

L'opinion de M. Paul Dubois laisserait supposer dans le fœtus une sorte d'impulsion aveugle, à peu près telle que la direction de l'aiguille aimantée vers le pôle nord, puisqu'il faudrait qu'à travers même l'épaisseur des membranes de l'œuf, et dans les eaux de l'amnios, la tête de l'enfant pressentît le lieu convenable à sa sortie hors du sein maternel. Cette prescience instinctive paraît tellement extraordinaire ou improbable, qu'il est permis de rechercher d'autres causes, et si cette direction des fœtus ne serait pas plutôt le résultat de quelques lois de l'organisation normale, constante dans toute la série zoologique.

§ 1er. En effet, on a généralement observé chez tous les quadrupèdes que les fœtus se présentaient aussi la tête en avant dans le part qui s'opère selon l'état normal. Ce fait a lieu parmi les multipares, de même que chez les unipares. Mais ce n'est point, comme on l'a pu penser, par l'effort d'aucune détermination instinctive, puisqu'elle se manifeste sur des fœtus mort-nés. Si l'on ouvre des femelles à diverses époques de la gestation, l'on y a toujours rencontré, soit dans la cavité utérine, soit dans le trajet des trompes, les fœtus et les embryons ayant leur tête constamment dirigée du côté de la vulve. Ainsi, dans les chiennes, tous les fœtus descendant de l'ovaire arrivent par chacune des cornes ou trompes de l'utérus, le museau tourné vers la vulve, et à la file les uns des autres, comme une petite meute se suivant à la piste. Les exceptions rares à ce fait ne sont que des dérogations à la règle commune, ainsi que nous l'allons montrer.

§ 2. Chez les ovipares on pourrait penser que la forme sphéroïdale des œufs rendrait indifférente la position de l'embryon en tout sens. Il n'en est rien. D'abord les chalazes qui fixent le vitellus par les deux pôles, maintiennent aussi l'embryon dans une situation bien déterminée (1). En effet, on sait que la tête du poulet se trouve d'ordinaire vers la plus grosse extrémité de l'œuf, laquelle est la plus perméable à l'air et la plus facile à rompre. Or, c'est aussi par ce pôle, ou cette extrémité, que l'œuf se présente communément à l'oviducte de la poule et qu'il est rendu, en sorte que dans tout son trajet, depuis la grappe de l'ovaire, d'où il se détache après l'imprégnation, jusqu'à l'orifice du cloaque, l'œuf arrive constamment au dehors dans cette direction uniforme, selon l'état normal. Et puisque la même disposition a été observée chez les œufs non-fécondés, de même que s'ils étaient féconds, il n'y a pas lieu de penser que ce soit le résultat de la vie ou de l'instinct directeur des embryons, mais l'effet nécessaire d'une simple prédisposition anatomique originelle.

§ 3. Ce qui a lieu chez les oiseaux se remarque pareillement chez les reptiles, car nous avons eu l'occasion de vérifier ce fait sur une espèce ovo-vivipare, sur la femelle de l'aspic (*vipera aspis*). Ses oviductes étant ouverts contenaient huit petits vipéreaux déjà hors des enveloppes de leurs œufs, tous ayant la tête tournée du côté de la sortie ou de la vulve. Cette disposition si remarquable est en quelque manière forcée chez les serpens et les reptiles à queue, à cause de la longueur de leurs corps. Cependant les petits sont primitivement repliés en spirales dans l'œuf, mais leur tête s'avance d'abord.

§ 4. Il est à considérer, de plus, que dans les œufs des poissons, l'embryon fœtal sort également la tête la première, car le fait a été constaté souvent.

Tous ces jeunes animaux, d'ailleurs, portent déjà les rudimens soit de leurs écailles, chez les poissons et les reptiles, soit des plumes et poils chez les mammifères et les oiseaux, en sortant de l'œuf. Ces divers tégumens de la peau sont toujours dirigés, comme les ailes, les pieds, vers la région postérieure de l'individu. Ce serait donc à rebrousse-poil, ou contre la direction naturelle et primordiale de ces membres et de ces tégumens, que les fœtus se présenteraient pour sortir, soit de l'œuf, soit de l'utérus, si la nature ne les plaçait pas la tête en avant, ce qui contrarierait beaucoup leur sortie, et rendrait le part très difficile, ou plutôt contre nature.

§ 5. La même observation s'applique aux insectes. Personne n'ignore que les larves sortent aussi de l'œuf la tête la première, comme la chenille perce son cocon, ou la chrysalide sa coque, du côté de la tête. La disposition des enveloppes est tellement préparée à cette opération, que la coque de plusieurs chrysalides s'ouvre par une sorte d'operculo ou de capsule à son extrémité antérieure.

La seule exception citée serait celle des pucerons femelles, vivipares en été, qui naîtraient à reculons, suivant Bonnet; mais cette remarque paraît suspecte, en ce qu'elle se rattache trop immédiatement à sa théorie de l'emboîtement des germes, et par la raison qu'il attribue aux pucerons mâles une naissance dans une situation toute autre, ou par la tête, à l'ordinaire (1).

(1) M. Dutrochet, dans son savant rapport à l'Institut, dit: « Nous voyons, en effet, que chez les oiseaux, l'œuf, en passant de l'ovaire dans l'oviducte, affecte une position qui est toujours la même; toujours la cicatricule est placée à égale distance des deux prolongemens de la membrane chalazifère que l'œuf prend dans l'oviducte, et toujours du côté le plus léger de l'œuf divisé en deux parties inégales par l'insertion des chalazes. Cette position constante de l'œuf, à son arrivée dans l'oviducte, atteste une position également constante dans l'ovaire: l'une est la suite de l'autre. Or, le poulet, dont les linéamens embryonnaires existent dans la cicatricule, ayant des connexions fixes et déterminées avec le vitellus, il en résulte que dans son développement il tendra à affecter une position définitive, déterminée, laquelle sera la même dans tous les œufs. C'est vers le gros bout de l'œuf que s'opère cette direction du poulet, direction qui est bien évidemment la conséquence nécessaire de la position anatomique originelle du vitellus, ou de l'œuf dans l'ovaire, sans cependant qu'on puisse en conclure rigoureusement (*pourquoi pas?*) que, dans l'ovaire, la partie antérieure de l'embryon fût tournée vers l'oviducte. Les mêmes réflexions sont applicables, ajoute M. Dutrochet, à l'œuf des reptiles ophidiens et sauriens.

(1) M. Dutrochet, dans son rapport fait à l'Académie des Sciences sur notre Mémoire, assure qu'il a vu distinctement, au microscope, les petits pucerons femelles dans l'ovaire d'une puceronne de la chicorée sauvage, selon la situation à reculons indiquée par Bonnet. Ce serait donc une dérogation formelle à cette loi, qui a lieu pour les pucerons mâles comme pour les autres animaux. Quoi qu'il en puisse être, cette position inverse des femelles de pucerons atteste encore qu'il y a une situation normale et préordonnée pour tous les fœtus, comme le dit le savant M. Dutrochet lui-même, car l'exception confirme la règle. M. le rapporteur ajoute

§ 6. Parmi les vers, on voit également les petites sangsues sortir de leurs cocons la tête la première.

Dans tout le règne animal, c'est donc par cette position naturelle que l'embryon présente en avant le pôle nerveux ou céphalique pour sortir de l'œuf, soit que les enveloppes fœtales existent naturellement plus amincies du côté où se trouve la tête du jeune animal, soit que l'effort impulsif de l'accroissement ou des mouvemens progressifs affaiblissent ces tuniques de l'œuf, il est certain qu'elles se rompent plus facilement vers ce point pour l'éclosion du fœtus.

Si, de plus, on consulte l'analogie chez tous les êtres organisés, la situation des embryons dans les ovaires des végétaux présente, d'ordinaire, le germe de la graine, qui est attachée par son funicule ombilical à un point différent, d'où elle reçoit sa nourriture. De même, l'œuf animal adhère à l'ovaire par tout autre lieu que celui qui correspond à la tête de l'embryon. Le placenta, pour l'ordinaire, est la partie par laquelle l'œuf, s'étant détaché de l'ovaire, se colle à la cavité utérine. Or, la tête du fœtus prend une direction dans un sens opposé, toujours selon l'état normal.

Dans tous les animaux fissipares, ou qui se propagent par des gemmes et des bourgeons sur le corps maternel, c'est toujours la partie tenant lieu de tête qui se présente la première. Ces bourgeons ou gemmes ne sont que des œufs développés à la surface du corps de leur mère.

§ 7. C'est donc une loi universelle de l'organisme, et non pas un résultat de la pesanteur, ni une disposition instinctive des embryons, qui les place toujours la tête la première pour sortir du sein de leur mère et de l'œuf, situation aussi naturelle que l'est la tendance de la plumule des plantes à s'élever vers le ciel et celle de la radicule à s'enfoncer dans le sol.

Cette position des œufs des animaux était la conséquence des fonctions physiologiques du germe ou de l'embryon, pour recevoir ainsi l'imprégnation vivifiante, soit du pollen, soit du sperme venant du mâle et de l'extérieur.

§ 8. En effet, l'œuf ou la graine des végétaux ne reçoit, du côté de la mère, que l'aliment ou les moyens de leur croissance par des vaisseaux nourriciers analogues aux ombilicaux. S'il est certain (comme les recherches les plus exactes et les plus récentes des physiologistes semblent le démontrer) que l'élément nerveux ou excitateur émane du mâle, il paraît vraisemblable que la région antérieure et supérieure du corps, dépositaire de l'appareil nerveux chez les embryons, doit s'offrir la première à l'influence fécondatrice du mâle. Il conviendrait donc que l'œuf, par sa situation dans l'ovaire même, présentât le côté le plus perméable et les parties du germe les mieux appropriées à recevoir l'influx nerveux ou excitateur. Ces parties sont la tête et le rachis chez les animaux vertébrés. Ce sont aussi les plus promptes à paraître, avec le cœur et le réseau artériel, dans la formation du poulet.

« qu'il n'a point porté son attention sur la naissance des mâles qui viennent plus tard, et qui, selon Bonnet, naîtraient la tête la première. Ce fait, s'il se confirme, dit encore M. Dutrochet, sera d'une haute importance physiologique, car il indiquera pour les femelles et pour les mâles un mode d'origine opposé dans les ovaires. » Je ne puis m'empêcher de remarquer combien une pareille anomalie entre les mâles et les femelles, qui n'a été nulle autre part signalée dans tout le règne animal, mérite d'être de nouveau soumise à de très exactes observations, lorsque la grande majorité des faits se trouve en faveur de la loi que je développe dans ce Mémoire.

Conclusions.

§ 9. De tout ce qui précède, il résulte 1° que la situation de l'embryon dans l'œuf, placé, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans les trompes ou oviductes, soit dans les ovaires, selon l'état normal, présente naturellement la partie antérieure et supérieure du corps ou la tête.

2° Que cette disposition est purement organique, originelle, et qu'elle précède la vivification des embryons, pour qui elle paraît établie (1); et ainsi elle préexiste avant l'instinct.

3° Que la situation du germe ou de la plumule dans la graine est analogue par la même cause.

4° Qu'il n'est point nécessaire de recourir à l'intervention de la pesanteur ou à celle de l'instinct en cette circonstance. Il faudrait d'ailleurs que cette dernière cause préexistât à la vivification des germes ou embryons, et qu'elle donnât la même situation aux œufs non fécondés ou avortés. Or, l'intinct ne peut pas exister là où la vie n'est point encore, ni là où elle n'est plus, et cependant la direction offrant la tête la première subsiste dans les fœtus mort-nés, ainsi privés de toute spontanéité (2).

(1) Quant aux fœtus qui naissent avec le placenta collé sur le cuir chevelu de la tête, c'est un événement postérieur au fait de la fécondation et qui résulte d'une position anormale de l'œuf des vivipares. En effet, ce n'est qu'une exception ou un cas rare.

(2) De ce que l'instinct ne peut être la cause de la direction de la tête dans les œufs et dans les embryons des animaux, il ne s'ensuit pas qu'il faille nier l'existence de toute impulsion instinctive chez les fœtus pour les actes spontanés qu'il exécutent. Ainsi, le jeune poulet qui fend sa coque avec la corne osseuse placée originairement sur son bec, agit certainement à l'aide d'un instinct primordial. Moins que tout autre nous serions disposé à refuser à l'instinct tous les faits merveilleux que manifestent la puissance vitale et la nature médicatrice. Nous avons donné des preuves à cet égard, et depuis longtemps nous avons signalé pareillement les déterminations instinctives comme indépendantes des fonctions de l'entendement. Celles-ci naissent du cerveau; celles de l'instinct résident, comme nous en avons exposé des exemples nombreux, surtout dans l'appareil ganglionnaire des nerf trisplanchniques. (Voir l'article *Instinct* du *Dictionnaire des Sciences médicales*, et notre *Histoire des Mœurs et de l'Instinct des Animaux*, 2 vol. in-8. Paris, 1821.)

De l'Emploi des eaux thermales hydrosulfureuses de Bagnols, département de la Lozère, dans les affections rhumatismales des viscères;

Par M. BLANQUET,

Inspecteur des eaux de Bagnols.

Les maladies rhumatismales sont très fréquentes chez les habitans de la Lozère et des départemens limitrophes, soit à raison des variations subites de l'atmosphère, soit à raison

de l'humidité des habitations dans les pays froids, soit enfin parce que dans ceux qui sont sous une latitude plus méridionale et dont le sol est moins élevé, comme l'Ardèche, le Gard et l'Hérault, il existe un grand nombre de rivières ou de sources froides, dont les eaux produisent des effets d'autant plus fâcheux que les agriculteurs qui ne peuvent se soustraire à leur influence, sont, à cause de la température élevée du climat qu'ils habitent, dans un état habituel de transpiration. Depuis un temps immémorial les personnes atteintes de ces maladies trouvent dans les eaux thermales de Bagnols un remède aussi prompt que salutaire. Le traitement n'offre pas de grandes difficultés dans l'immense majorité des cas; on sait par exemple qu'elles sont indiquées dans les rhumatismes qui sont dus à l'action du froid ou de l'humidité, d'où résultent le dérangement de la transpiration insensible, quelquefois la suppression d'une sueur abondante, et très souvent l'irritation des surfaces articulaires, des douleurs dans les muscles, les tendons, les nerfs, et la raideur des membres. On sait encore qu'elles sont en général nuisibles aux individus atteints de ces mêmes maladies qui sont doués d'un tempérament sanguin, sujets à des hémorrhagies, au scorbut, aux hémorroïdes, aux palpitations, et enfin, à ceux chez lesquels il y a disposition à l'irritation ou à la phlogose; mais l'expérience prouve tous les jours qu'une affection rhumatismale fixée sur les viscères peut simuler diverses maladies telles que la gastrite, l'anévrisme du cœur ou des gros troncs artériels, l'entérite chronique, l'inflammation lente des reins ou de la vessie, et plusieurs espèces de névroses : toutes ces maladies en imposent souvent aux médecins et les détournent de l'emploi des eaux thermales de Bagnols, à l'aide desquelles on peut néanmoins obtenir des guérisons qu'on poursuit vainement en adoptant des traitemens ou inutiles ou dangereux. C'est dans la vue de répandre quelque lumière sur ce point de thérapeutique que je me suis décidé à publier les observations suivantes.

Ire *Observation.* — Pierre Vélai, de la Colombèche, commune du Born, arrondissement de Mende, département de la Lozère, âgé de 40 ans, d'un tempérament lymphatique et d'ailleurs robuste, me fit appeler le 13 mai 1828 pour me demander mon avis sur les moyens à employer contre une douleur violente qu'il éprouvait dans la région épigastrique depuis les derniers jours du mois de mars. Deux médecins qu'il avait déjà consultés lui avaient prescrit un traitement antiphlogistique, dans la persuasion qu'il s'agissait d'une gastrite; mais sa maladie persistant avec la même intensité, il prit d'après les conseils de ses voisins les remèdes que le peuple emploie contre les efforts, tels que l'infusion des plantes dites vulnéraires, la décoction d'aulnée, et les fleurs de soufre incorporées avec le miel, avec si peu de succès qu'il lui fut impossible de supporter la moindre fatigue, et de se livrer à ses occupations ordinaires. Interrogé sur l'origine des douleurs qu'il éprouvait dans l'estomac, il me répondit que le 25 du mois du mars il s'était transporté sur une montagne située à une demi-lieue du village pour y prendre des grenouilles; qu'il fut exposé pendant toute la journée à l'impression d'une pluie très froide, et qu'en outre il plongea les pieds et les mains dans plusieurs mares remplies d'une eau glaciale. Comme mes prédécesseurs, je jugeai qu'il était atteint d'une gastrite produite par l'action du froid, et j'ordonnai un régime doux, la saignée et l'application des sangsues sur la région de l'estomac; plus tard les bouillons de poulet, et enfin les eaux de Mazei, qui sont acidules et légèrement ferrugineuses; mais ce pauvre malheureux, loin d'éprouver du soulagement, vit augmenter ses souffrances, et désespéra de sa guérison. Le 15 juin je le rencontrai par hasard dans les rues de Mende et lui demandai s'il se trouvait bien du traitement qu'il venait de subir; il me dit les larmes aux yeux que la douleur de l'estomac avait empiré, et qu'il était dans l'impossibilité de gagner sa vie. En réfléchissant sur ce qui avait précédé, je pensai que la pluie froide à laquelle il s'était exposé le 25 mars, et l'immersion des extrémités dans les sources vives où se trouvaient les grenouilles qu'il avait prises ou pêchées pouvaient avoir déterminé le développement d'une maladie rhumatismale, et je lui conseillai de se transporter à Bagnols, où il arriva le 22 juillet. Toujours dominé par la crainte d'une inflammation chronique, je me bornai à lui prescrire deux ou trois verres d'eau coupée avec l'eau de veau, et des bains tempérés à 27° Réaumur. Ce traitement, qu'il supporta très bien, ne répondant pas à mon attente, je lui conseillai d'aller à l'étuve ou bain de vapeur dont la température est de 32°, d'y rester une demi-heure soir et matin, de boire sept à huit verres d'eau pure et de recevoir la douche sur la région épigastrique pendant six à huit minutes. Il suivit mes avis, sua abondamment, et partit, quinze jours après son arrivée, radicalement guéri. Il revint en 1829 à Bagnols, quoique jouissant d'une parfaite santé, pour consolider sa guérison.

IIe *Observation.* — M. Robergeot, brigadier de gendarmerie retraité, habitant actuellement Illingeaux, département de la Haute-Loire, âgé de 48 ans, éprouvait depuis deux ans des palpitations de cœur très violentes avec dispnée et les symptômes ordinaires de l'anévrisme du cœur ou de ses appendices. Vers les premiers jours du mois de janvier 1830, il fut atteint d'un rhumatisme aigu qui fut combattu avec succès par la saignée et l'application des sangsues et suivi de raideur des membres et de douleurs vagues. A son arrivée à Bagnols le 15 juillet 1830, il était essoufflé et éprouvait des battemens de cœur très forts et continuels; les malléoles étaient enflées et tout paraissait annoncer une affection organique, ou l'hydrothorax. Sa maigreur et son teint pâle donnaient un nouveau poids aux motifs qui semblaient déjà suffisans pour me détourner de l'idée que les eaux de Bagnols pussent lui être utiles; mais néanmoins le rhumatisme aigu qu'il venait d'éprouver fut pour son médecin et pour moi un trait de lumière, et je pensai que les symptômes fâcheux qui se déroulaient sous mes yeux n'étaient dus qu'à l'influence de l'élément rhumatismal. L'enflure des jambes et l'oppression ne comportaient l'usage ni des bains, ni des douches, ni de la boisson de l'eau thermale; je me bornai donc à lui conseiller le bain de vapeur à 29° pendant un quart-d'heure et ensuite pendant une demi-heure; bientôt l'enflure se dissipa ainsi que les douleurs; l'appétit, qui était presque nul, revint, et il partit quinze jours après son arrivée, très satisfait de l'amélioration qu'il avait obtenue. Il revint à Bagnols en 1831, et pour la troisième fois en 1832 dans le mois de juillet, époque à laquelle j'ai pu me convaincre que les battemens du

cœur n'existaient plus. Les bains, la boisson de l'eau furent très bien supportés. Les palpitations qu'il avait éprouvées deux ans avant l'invasion du rhumatisme aigu, et qui l'avaient forcé à quitter le service militaire, tenaient très probablement à une affection rhumatismale, et simulaient une maladie organique qui aurait pu se terminer d'une manière fâcheuse s'il se fût adressé à un médecin peu instruit.

IIIe *Observation.* — Une veuve âgée de 26 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, accoucha en 1825, et s'exposa au froid peu de jours après. Bientôt des douleurs se firent sentir dans le péricrâne, et successivement dans la région épigastrique. Les menstrues coulèrent difficilement, et après s'être supprimées pendant quatre mois ne reparurent que faiblement. Des battemens très violens se firent sentir le long du trajet de l'aorte descendante jusqu'à sa bifurcation, et augmentèrent par l'effet de plusieurs accès de colère, et des émotions vives auxquelles elle ne put se soustraire. Des bains, des saignées générales et locales, des boissons rafraichissantes, le lait d'ânesse et les eaux gazeuses, n'apportèrent à ses souffrances qu'un soulagement momentané; les douleurs et les palpitations persistèrent avec la même intensité. Son médecin, persuadé qu'elle pouvait être sous la dépendance de l'élément rhumatismal, l'envoya à Bagnols en 1827. Après un mûr examen je partageai son opinion, surtout lorsque la malade m'eut appris qu'à certaines époques ses urines laissaient déposer un sédiment blanchâtre et épais qu'on rencontre assez fréquemment chez les personnes atteintes de douleurs rhumatismales fixées sur les viscères du bas-ventre. Dans la crainte d'exaspérer les palpitations par des moyens actifs, je débutai par les bains mitigés à 26, 27, et plus tard à 28°, et deux verres d'eau coupée avec l'infusion du tilleul; la dose fut portée graduellement à cinq. Ce traitement était parfaitement indiqué par l'irrégularité et l'insuffisance du flux menstruel, l'excitation du système nerveux, et l'existence d'une affection rhumatismale; il fut continué pendant seize jours et la malade s'en trouva soulagée. Enhardi par les succès, j'essayai de lui faire prendre le bain de vapeur qui produit plus d'effet dans les maladies rhumatismales que le bain aqueux; elle le supporta très bien et partit le vingt-deuxième jour enchantée du soulagement qu'elle avait obtenu. Elle n'est pas revenue à Bagnols, mais j'ai appris qu'elle jouit d'une bonne santé, et que le battement de l'aorte, quoique existant encore, est peu intense et ne la gêne en aucune manière; ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas dans ce cas d'un anévrisme. J'aurai désiré pouvoir donner le nom et le domicile de cette veuve, mais les circonstances particulières dans lesquelles elle se trouve ne me l'ont pas permis.

IVe *Observation.* — M. Blanquet, propriétaire à Javols, arrondissement de Marvéjols (Lozère), âgé de 54 ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, fut atteint, le 4 août 1827, d'une légère douleur dans le bas-ventre, accompagnée d'envie d'uriner. Pressé de satisfaire ce besoin, il s'aperçut que l'urine rendue avec quelque difficulté était d'une couleur de café très foncée. Peu de temps après il fut saisi de douleurs violentes dans le bas-ventre, et spécialement dans les régions rénales. Deux saignées, l'application des sangsues, des cataplasmes émolliens, des lavemens, et l'eau de poulet, furent mis en usage, et la convalescence s'établit après le sixième jour. En 1828, vers le milieu du mois de juillet, la même maladie se manifesta comme lors de la première invasion; les urines offrirent d'abord la couleur de café et ensuite devinrent naturelles: il souffrit cruellement, et son état fit concevoir des craintes bien fondées; le même traitement fut suivi, mais on s'aperçut que le sang tiré par la saignée, dans la vue de combattre une entérite aiguë qu'on supposait exister, ne présenta aucun signe d'inflammation, et que le pouls fut moins dur et moins fréquent qu'il ne l'est ordinairement dans cette maladie. La cause efficiente n'étant pas évidente, on soupçonna une affection rhumatismale qui s'était manifestée à deux ou trois reprises par des lombago peu intenses à la vérité, mais qui avaient persisté pendant plusieurs jours. Toute incertitude cessa lorsqu'on sut que plusieurs individus de la famille avaient été atteints de douleurs rhumatismales, et il fut décidé que M. Blanquet se transporterait à Bagnols pour y prendre les étuves et la douche; il y arriva le 15 août suivant, prit une étuve de demi-heure suivie de la douche le matin à jeun pendant 10 jours, but cinq à six verres d'eau, et supporta très bien ce traitement, quoiqu'il fût resté dans le bain de vapeur pendant une heure entière vers les derniers jours. Il n'éprouva aucun accident pendant les six premiers mois de 1829, mais les douleurs abdominales reparurent à cette époque: moins violentes que les années précédentes, à la vérité, elles le furent assez pour le décider à partir pour Bagnols le 1er aout, et à y revenir en 1830. Il est depuis cette époque parfaitement délivré de sa maladie.

Ve *Observation.* — Guillaume Buisson, de Castelnau (Aveyron), âgé de 19 ans, et d'un tempérament sanguin, fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, le 20 mai 1827, qui le fit cruellement souffrir pendant quarante jours. Le 10 juillet, il arriva à Bagnols, et vint de suite prendre mes avis; d'après son rapport, il me parut que le rhumatisme s'était déclaré deux jours après avoir traversé une rivière dont l'eau était encore très froide, et qu'antérieurement à cette époque il jouissait d'une parfaite santé. Son pouls était plein et fréquent; la main, placée sur la région du cœur, était repoussée par des battemens continuels et si violens que, dans le cours d'une pratique de 30 ans, je n'en ai pas rencontré de semblables; les petites articulations étaient engorgées et douloureuses. Je lui annonçai sans détour que les eaux ne lui convenaient pas; cédant à ses vives instances, et croyant qu'à la rigueur on pouvait attribuer au rhumatisme l'exaltation du système artériel, et notamment les désordres qui se manifestaient dans le cœur, je lui permis de prendre une étuve de dix minutes dans la première grotte, et lui recommandai de s'abstenir de boire l'eau thermale. Cette tentative fut heureuse; une sueur abondante s'établit, et il fut soulagé; encouragé par ce succès, il en prit douze et put y rester sans peine pendant une demi-heure; à son départ il ne souffrait plus et les battemens du cœur avaient moins d'énergie. Ce jeune homme revint en 1830; le rhumatisme avait reparu à la suite d'une imprudence semblable à la première; j'employai le même traitement, et je n'eus pas lieu de m'en repentir. Depuis j'ai appris qu'il se livre aux travaux agricoles, quoique d'ailleurs les mouvemens du cœur ne soient pas parfaitement réguliers.

Un jeune homme de Saint-Maurice, département du Gard, venu à Bagnols en 1830 pour une maladie de ce genre, a été plus heureux : les palpitations du cœur ont disparu avec le rhumatisme.

Il me serait facile de citer un grand nombre d'observations du même genre, mais je craindrais de fatiguer mes lecteurs ; celles que je viens de donner suffiront je pense pour prouver que dans les maladies rhumatismales les épiphénomènes, ou, si l'on veut, l'existence de symptômes propres en apparence à faire appréhender ou proscrire l'usage des eaux thermales hydrosulfureuses, ne doivent pas toujours détourner les médecins de leur emploi ; et qu'à l'aide du raisonnement et d'une analyse sévère, ils peuvent en obtenir des résultats heureux qu'ils auraient vainement attendus d'un autre traitement. On a pu se convaincre encore, par la lecture des observations ci-dessus, que le rhumatisme chronique fixé sur les viscères s'accompagne souvent des symptômes de l'irritation et de l'inflammation, et se montre néanmoins rebelle au traitement antiphlogistique, qui affaiblit les malades en pure perte, et peut détruire leur santé s'il est poussé trop loin. On aura encore remarqué que dans les cas douteux on peut administrer les eaux thermales de Bagnols sans s'exposer à des accidens graves, et qu'il suffit d'agir avec circonspection.

Observation de polype du cœur, lue à la Société Anatomique ; par M. CHOISY.

Le sujet était un homme de quarante-sept ans, de la plus vigoureuse constitution. Lorsque, le 17 décembre, il fut admis à l'hôpital, nous apprîmes que jusqu'à l'âge de trente ans il avait toujours joui d'une santé parfaite ; mais que depuis cette époque, et sans cause connue, la respiration était devenue courte ; que dès-lors il avait presque constamment éprouvé de la toux, des palpitations violentes ; que depuis cinq mois environ ces différens symptômes avaient acquis une telle intensité qu'il avait été contraint d'interrompre son métier de chaudronnier.

Lors de son entrée nous notâmes l'état suivant : face légèrement bouffie, lèvres grosses, injectées, absence complète d'œdème. Respiration courte, profonde, comme saccadée ; le thorax est partout raisonnant ; l'expansion pulmonaire partout normale et sans mélange d'aucun bruit ; cependant le malade tousse presque sans cesse. Le pouls est fréquent, irrégulier, intermittent ; la région du cœur est mate dans une grande étendue ; les pulsations sont peu appréciables à la main. A l'auscultation et à la pointe du cœur on perçoit les deux bruits ; celui de contraction est sourd avec impulsion forte ; il s'arrête quelquefois brusquement pour s'accomplir, après un léger intervalle, par une sorte de saccade convulsive : il semble, comme le disait Laënnec, qu'un ressort soit placé derrière le cœur, qui, instantanément débandé, vienne soulever cet organe contre les parois thoraciques. Entre les deux bruits, c'est-à-dire pendant le petit intervalle, on perçoit à la pointe du cœur un bruit de frottement sec et rugueux. Le bruit de dilatation se fait entendre dans toute la région précordiale ; il est sec et retentissant. Toutes les autres fonctions s'opèrent bien. La locomotion est encore facile, pourvu qu'elle s'accomplisse avec lenteur et sur un plan uni.

Pendant le séjour de ce malade, et dans les examens suivans, on note du roncus et de la sibilance dans les poumons, phénomènes qui n'existaient point lors de son entrée ; un empâtement avec matité considérable de l'hypochondre droit : plus tard on signale de l'affaiblissement dans la force du pouls, en même temps qu'un accroissement notable dans l'intensité et l'étendue du frottement.

Le 12 janvier on perçoit le frottement vers le bord spinal de l'omoplate gauche ; on le rencontre encore dans l'artère pulmonaire, le tronc brachio-céphalique, la crosse de l'aorte ; l'âpreté de ce bruit surpasse peut être celle du bruit de râpe. La constitution générale s'affecte, les jambes s'œdématient ; une fluctuation, douteuse il est vrai, se fait sentir dans l'abdomen ; la face est décolorée et bouffie ; la toux presque continuelle. Tous ces différens symptômes ne cessent de s'accroître jusqu'au 30 janvier, jour où nous remarquons un affaissement considérable, une altération notable des traits. La toux est convulsive ; elle ne laisse plus de repos ; la respiration est anxieuse, la circulation irrégulière. Les battemens du cœur, irréguliers comme le pouls, sont sourds, affaiblis, tumultueux ; il est impossible de saisir leur rythme : mort.

Autopsie. — Embonpoint conservé, bouffissure de la face, œdème des mains et des extrémités inférieures, abdomen volumineux.

Tête. — Le cerveau et ses membranes sont exempts de toute altération.

Abdomen. — Le péritoine, décoloré, contient environ une pinte de sérosité rougeâtre ; le canal intestinal n'est le siége d'aucune lésion ; le foie est doublé de volume ; la veine cave, saine d'ailleurs, est distendue par une énorme quantité de sang noir.

Thorax. — L'aspect antérieur des poumons n'offre rien de remarquable.

La membrane interne des bronches est boursouflée et d'une couleur violet foncé.

Le péricarde adhère à la plus grande partie de la face antérieure du cœur, au moyen d'un tissu cellulaire filamenteux très dense.

Le cœur est doublé de volume ; de sa pointe à l'insertion des oreillettes on compte quatre pouces et demi ; l'oreillette droite est énorme et remplie par un caillot noirâtre, non organisé ; ses colonnes charnues sont hypertrophiées ; la valvule d'Eustachi est deux fois plus grande que dans les cœurs ordinaires.

L'oreillette gauche, agrandie d'un tiers, contient comme la droite un caillot sanguin ; mais au centre de ce caillot se remarque un corps pyriforme qui n'est pas moindre qu'un œuf de perdrix. Ce corps, que recouvre manifestement une expansion de la membrane interne de l'oreillette, expansion au-dessous de laquelle semblent encore se dessiner des arborisations délicées, ce corps, dis-je, est inséré par un pédicule charnu qui n'a pas moins de 4 à 5 lignes de longueur, presque au centre de la cicatricule qui a remplacé le trou de Botal, et repose par sa base sur l'orifice auriculo-ventri-

culaire gauche, dans lequel il semble faire effort pour s'engager. La base de cette production est d'ailleurs anfractueuse, inégale, mamelonnée; sa consistance est celle des polypes charnus des fosses nasales. La division de ce corps a montré qu'il était formé d'une substance légèrement ambrée, assez consistante, qui vers le pédicule se rapproche beaucoup de la couleur des fibres du cœur, mais qui bientôt change totalement d'aspect et n'offre plus de trace d'organisation. La base de cette végétation est enfermée dans une coque demi-cartilagineuse et osseuse, à cloisons qui interceptent entre elles des cellules d'un diamètre variable. Ces cellules, dont la plus grande admettrait à peine une fève de haricot, sont remplies par une matière blanchâtre, comme cérébriforme, au milieu de laquelle se rencontre un grand nombre de granulations blanches, solides. La membrane interne de l'oreillette est épaissie; elle offre un très grand nombre de plis transversaux; sa couleur est cramoisie.

Le ventricule droit, dont la capacité est accrue, offre une hypertrophie notable de ses colonnes charnues; ses parois sont aussi légèrement hypertrophiées.

Le ventricule gauche est aussi le siége d'une hypertrophie avec dilatation considérable. Les colonnes charnues de ce ventricule sont augmentées de volume, mais dans des proportions moindres que celles du ventricule droit.

L'orifice aortique de ce ventricule et ses valvules ne présentent aucune altération. Mais l'orifice auriculo-ventriculaire est considérablement agrandi; il a quinze lignes de diamètre par celle de ses faces qui répond à l'oreillette; la valvule mitrale est rugueuse, mamelonnée. La zône à laquelle elle s'implante est hypertrophiée; c'est un cercle tuberculeux qui n'a pas moins de quelques lignes d'épaisseur; c'est sur lui que repose la tumeur dont il a été question.

Par la face inférieure ou ventriculaire, la valvule est saine, mais son bord libre ne laisse pas que de mériter un examen spécial. La portion droite de la valvule est seulement augmentée d'épaisseur et couverte d'aspérités, mais à gauche, et c'est surtout en ce point qu'en raison de sa disposition la base de la tumeur devait exercer des frottemens, la valvule est usée, détruite, convertie en un bourrelet d'où partent une foule de mamelons auxquels viennent s'implanter les colonnes charnues du ventricule. Je ne saurais mieux comparer l'aspect de cette ouverture qu'à l'orifice anal hérissé de végétations syphilitiques; l'aorte, à son origine et vers la fin de sa courbure, présente quelques paillettes disposées en quart de cercle; la couleur de la membrane est d'un rouge foncé.

Pendant les deux siècles qui ont précédé notre époque, la théorie des polypes du cœur a donné lieu à d'interminables discussions; je dis d'interminables, car, considérée d'abord comme évidente, bientôt l'opinion qui admettait deux espèces de polypes trouva dans *Sénac*, *Lieutaud*, *Morgagni*, des adversaires redoutables. Depuis lors, admise par les uns, rejetée par les autres, cette théorie restait douteuse, lorsqu'enfin *Corvisart*, *Burns*, *Testa*, *Laënnec*, établirent en principe que dans le cœur, et longtemps avant la mort, pouvaient se développer des productions accidentelles, des polypes; mais tous rapportèrent l'origine de ces polypes à des concrétions fibrineuses, qui, sans doute, avant d'arriver à une organisation moins rudimentaire, avant de devenir polypes, avaient dû passer par des phases bien nombreuses; à des concrétions en un mot dont chacun donna une explication particulière. La plus répandue peut-être de nos jours consiste à les considérer comme le résultat d'une inflammation de la membrane interne du cœur (cardite polypeuse de Kreysig), à assimiler leurs métamorphoses et leur nutrition à celles des pseudo-membranes. Quel que soit d'ailleurs le mécanisme de ces transformations, quel que soit le travail qui préside à leur formation, elles sont réelles, voilà qui nous suffit : mais cette transformation de l'un des élémens du sang en un produit vivant nouveau, ce polype, en un mot, est-ce donc là la seule espèce dont le cœur puisse offrir des exemples? Avec *Laënnec*, je veux bien que de tous nos organes le cœur soit le moins propre au développement de productions accidentelles; mais est-il logique de nier tout ce qu'il n'a pas été donné d'observer, et convient-il de rejeter entièrement les observations de ceux qui ont vu? A l'appui de l'opinion que je défends, le meilleur argument que je puisse d'ailleurs apporter, c'est assurément la pièce que je viens de présenter : sa nature, sa forme pédiculée, les fibres radiées, divergentes de ce pédicule, fibres qui ont tant de ressemblance avec celles des oreillettes, dont elles ne semblent être que l'épanouissement; la membrane dont elle est recouverte, membrane identique avec celle qui tapisse l'oreillette, voilà pour moi autant de témoignages qui isolent ce corps de ceux auxquels jusque-là on a assigné le nom de polypes, et la liste en est grande; voilà les preuves qui rangent cette production à côté des corps charnus de l'utérus, des polypes de même nature des fosses nasales, du sinus maxillaire, etc.

Cet exemple n'est pas d'ailleurs unique dans la science; les deux tumeurs que Colombus rencontra dans l'épaisseur du ventricule gauche du cardinal *Gambara*, si la mort n'était venue interrompre leur développement, n'eussent-elles pas pu, poussant devant elles la membrane interne du cœur, s'en former un kiste, devenir pédiculées et représenter exactement celle que je vous soumets? Celle dont *Burns* a fait l'histoire ne semble-t-elle pas identique à cette dernière? Dans l'un des tomes de l'ancien *Journal de médecine*, il me semble avoir lu un fait analogue; M. Dupuytren, autant que sa mémoire lui en puisse fournir le souvenir, a rencontré dans le ventricule gauche une tumeur pédiculée qui tendait à s'introduire dans l'oreillette; Benivennius (*De abdomin. morborum Causis*) rapporte un fait qui ne laisse pas d'offrir quelque ressemblance avec ceux de cette espèce.

Je ne multiplierai pas davantage les citations : le temps ne m'a pas permis de poursuivre les recherches qui peut-être eussent été nécessaires pour accompagner cette observation de détails plus probans.

Quant aux signes de cette rare affection, je n'en ai trouvé aucun dans les auteurs, qui ont rencontré presque tous les cas que j'ai cités sur les cadavres d'individus qu'on n'avait pas observés, ou comme un phénomène inattendu. S'il était permis toutefois de tirer d'un fait unique des conclusions générales, je dirais que les symptômes sont constitués par une grande irrégularité du pouls, une contraction forte, brusque

et comme convulsive du cœur, mais surtout par un bruit de frottement très retentissant, très âpre, avec alongement considérable du petit intervalle; mais tous ces signes, ou du moins la plupart, n'appartiennent-ils pas aussi bien à tout autre obstacle mécanique qu'à celui dont il s'agit?

Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux qu'on observe dans les affections les plus communes du cœur : la dyspnée, la toux, le volume et l'injection des lèvres; celle des capillaires de la face, l'œdème des extrémités, etc.; dans le cas précédent la toux est devenue convulsive, déchirante; mais la stase nécessaire du sang dans le système pulmonaire n'est-elle pas suffisante à l'explication de ce phénomène? La rougeur, le dépoli de l'aorte ne rendent-ils pas aussi un compte satisfaisant du bruit de frottement signalé dans ce vaisseau?

Qu'il me soit maintenant permis d'ajouter que la vie est longtemps compatible avec l'existence de polypes dans l'une des cavités du cœur; que les troubles qu'ils font naître ne sont point si rapides, si nécessairement mortels que l'a voulu faire comprendre un auteur recommendable en disant que si l'illustre *Jean-Jacques* eût été atteint de polype au cœur il n'aurait assurément pas fait à pied le long voyage de Paris à Montpellier, car le sujet de cette observation qui, depuis vingt années peut-être, portait dans l'oreillette gauche un polype, a pu, à différentes reprises et pendant les saisons les plus rigoureuses, faire à pied et avec de lourds fardeaux, des voyages plus longs et plus pénibles que celui qu'entreprit Jean-Jacques, pour se faire guérir d'un mal qu'il n'avait pas.

Ce que j'ai dit déjà prouve que je considère cette production comme un corps de formation nouvelle qui, primitivement développé dans l'épaisseur de la cloison des oreillettes, à la manière des corps fibreux de l'utérus, a poussé devant lui les fibres charnues et la membrane qui tapisse ces cavités, si bien que bientôt il ne s'est plus trouvé enfermé que dans cette membrane comme dans un kyste.

Extrait du rapport de M. PIGEAUX, sur l'observation précédente. — Ce n'est plus aujourd'hui qu'à titre d'examen d'une question encore mal résolue parce qu'elle a été mal posée, que je vais ajouter quelques réflexions à l'observation de M. Choisy. En effet, si Sénac, Lieutaud, Morgagni et leurs contemporains, nièrent l'existence des polypes du cœur, contradictoirement à l'opinion des médecins de la plus haute antiquité; si Corvisart, Burns, Testa, Laënnec, revinrent sur le pas de leurs prédécesseurs pour abonder dans le sens vague que les anciens attachaient au mot polype, c'est que, 1° préalablement à toute discussion, il n'ont pas défini d'une manière claire et précise ce que l'on entendait par polype du centre circulatoire, et si l'on ne devait donner ce nom qu'à des productions identiques, à celles qui se développent accidentellement dans les fosses nasales et dans l'utérus. 2° C'est que telle est la rareté de cette affection qu'elle a pu échapper non-seulement à Sénac mais même à Morgagni et à Corvisart, qui cependant avait fait un bien grand nombre d'autopsies. Autant Sénac a eu raison de refuser aux concrétions sanguines plus ou moins organisées qui flottent dans les cavités du cœur, la dénomination vicieuse de polype, que les connaissances anatomiques de son époque lui permettaient de mieux décrire qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui, autant la rareté de cette affection l'excuse d'en avoir nié l'existence d'une manière trop absolue. Je n'en dirai pas autant pour les écrivains de la fin du siècle dernier, qui possédaient déjà deux ou trois bonnes descriptions de végétations vraiment polypeuses développées sur les parois des diverses cavités ou des valvules du cœur.

Attribuer avec Kreysig les polypes à une cardite polypeuse, ce serait pousser trop loin la phlegmonomanie, et s'il est encore permis de soutenir par analogie cette hypothèse, en s'appuyant de ce qui se passe dans l'utérus et les fosses nasales, on est obligé de modifier une telle opinion lorsque l'on étudie ce qui se passe sous nos yeux, quand des tumeurs analogues, connues sous le nom de végétations, se développent à l'origine des muqueuses ou sur la peau. C'est la loupe en main que j'ai étudié leur formation à l'hôpital des vénériens. Un crypte muqueux ou un follicule cutané paraît d'abord plus opaque; le toucher y fait sentir une faible résistance; bientôt il fait saillie à la surface de la peau ou de la muqueuse, il conserve encore la même coloration qui d'ordinaire est moins prononcée que celle des parties environnantes; ce n'est qu'après avoir acquis un certain degré de développement, lorsque ses vaisseaux le font vivre d'une vie qui lui est propre, qu'il acquiert une coloration, qui seule ne suffit jamais pour faire préjuger la nature inflammatoire des affections; il me paraît donc rationnel d'éloigner l'idée d'inflammation que l'on attache généralement à la production de polypes.

Assurément la symptomologie d'une affection ne se compose ni sur une observation, ni même sur un nombre aussi limité de faits que ceux que possède la science; néanmoins nous avons un certain nombre de données, qui, aidées de la théorie des bruits du cœur, peuvent servir à résoudre un problème aussi complexe, au moins dans ses principales circonstances; c'est ainsi que la pratique et la théorie indiquent que, développées loin des orifices du cœur, et à l'époque de leur naissance, ces productions accidentelles ne doivent se signaler par aucune ou presque aucune modification des bruits normaux du cœur, et qu'au contraire, sitôt que la longueur du pédicule ou leur implantation dans le voisinage des valvules ou sur ces membranes elles-mêmes, leur permet de gêner la communication des cavités du cœur entre elles, en s'engageant dans ses orifices, l'altération du bruit, l'accroissement du silence ou leur diminution variera, selon les cavités supérieures ou inférieures où elles se seront développées. La mobilité de ces tumeurs donnera à l'obstacle qu'elles offriront et aux bruits anormaux qu'elles feront naître, un caractère d'irrégularité qui n'est pas compatible avec un autre genre d'obstacle, et que M. Choisy a fort bien observé. Le sentiment d'un ressort bandé qui se détend soudain, signalé par Laënnec et constaté dans l'observation de M. Choisy, est un des meilleurs signes et qui est presque pathognomonique de ce genre d'affection. On sent en effet que lorsque l'effort de la contraction a fait franchir à la partie la plus volumineuse du polype, l'orifice de communication, celle-ci, occupée seulement par le pédicule de la tumeur, devient libre et rend compte de la sensation de détenté indiquée par les pathologistes.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

Influence du sérum sur la coloration du sang. — Puberté précoce. — Irritation de la moelle épinière dans les maladies nerveuses. — Gonflement des extrémités chez les femmes en couche. — Vésicatoire appliqué à l'origine du nerf phrénique dans le traitement du hoquet. — Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine. — Rétention du placenta dans la matrice.

Influence du sérum sur la coloration du sang. — Suivant Stevens, la matière colorante du sang est noire; elle devient plus noire encore par le contact des acides, tandis que les alcalis ou leurs sels la rougissent. La couleur du sang artériel serait ainsi produite par l'hématosine rougie par les sels du sérum; la couleur du sang veineux serait due à la présence de l'acide carbonique et à son action sur l'hématosine.

Si l'on coupe par tranches minces un caillot de sang veineux, et qu'on le trempe à plusieurs reprises dans l'eau distillée, le caillot brunit d'autant plus que par le lavage on parvient à le dépouiller du sérum qui l'imprégnait. Dans cet état, c'est en vain qu'on l'expose à un courant d'air; il ne change pas de teinte. Si on le plonge dans une dissolution de bi-carbonate de soude, la couleur rouge parait aussitôt.

Turner a répété ces expériences sur du sang artériel obtenu de l'artère crurale d'un chien. Le caillot fut divisé en deux parties :

L'une d'elles fut coupée par tranches, et lavée pendant une heure dans de l'eau distillée. Toutes ces tranches devinrent noires comme du sang veineux, tandis que l'autre partie restait rouge comme du sang artériel. Plongeant la partie lavée et noire dans le sérum de la saignée, elle reprit aussitôt sa couleur artérielle.

De ces expériences, le professeur Turner conclut que la couleur rouge du sang n'est pas due à l'oxigène mais à la matière saline du sérum, qui ne rougit l'hémastosine que lorsque l'oxigène de l'air enlève au sang une partie de son carbone, en le convertissant en acide carbonique qui se dégage dans l'expiration.

(*London med. and. surg. Journal.*)

Puberté précoce. — Le docteur Lebeau, de la Nouvelle-Orléans, en rapporte un cas extraordinaire :

Mathilde R. est née le 31 septembre 1827, d'une famille blanche et de condition inférieure. A sa naissance les mamelles étaient parfaitement développées, et le mont de Vénus couvert de poils comme chez une jeune fille de treize à quatorze ans.

A trois ans, les menstrues ont paru et ont continué régulièrement jusqu'à présent, aussi abondantes que celles d'une femme bien conformée, chaque période dure quatre jours.

Elle a quatre ans et cinq mois; sa taille est de trois pieds et demi; ses traits réguliers et frais; cheveux châtains, yeux bleus, complexion forte. Ses mamelles ont maintenant le volume d'une orange; le bassin est tellement développé, qu'à l'âge de huit ans cette fille sera capable de porter des enfans.

Ce fait est trop remarquable pour qu'on ne désire pas le voir accompagné de preuves authentiques. Le docteur Lebeau l'a bien senti, et à sa lettre, datée du 31 mai 1831, sont jointes les attestations de quatre médecins de la Nouvelle-Orléans, qui ont eux-mêmes visité cette jeune fille, et une légalisation de leurs signatures par le maire de la ville.

(*The american Journal.*)

Remarques sur l'irritation de la moelle épinière dans les maladies nerveuses. — En 1821 le docteur Player publia une note pour appeler l'attention des médecins sur la liaison qui existe entre l'irritation de la moelle épinière et diverses névralgies. Cette idée fut successivement confirmée par les travaux de Brown, Darwell, Teale et Tate. Tous ces auteurs pensent que la sensibilité à la pression qu'éprouve la moelle est le symptôme prédominant des affections nerveuses chroniques, et que leur guérison ne peut avoir lieu qu'en dissipant cette sensibilité par des applications locales. Cette irritation peut se communiquer aux nerfs du grand sympathique, et rendre compte des désordres fonctionnels auxquels on ne saurait assigner l'inflammation pour cause. Mais les névralgies peuvent quelquefois exister indépendamment d'une lésion quelconque des centres nerveux; l'irritation occupe isolément les troncs principaux. De nombreux exemples, bien constatés, ont mis cette vérité hors de doute.

L'irritation de la moelle peut être idiopathique, ou bien avoir son point de départ dans un dérangement de fonctions préalables. C'est dans cette seconde classe qu'on devrait placer une foule de désordres nerveux appelés hypochondrie, mélancolie, qui naissent du tube digestif ou de ses annexes, et déterminent sur la moelle une irritation plus ou moins étendue.

Il en est de même de l'hystérie. Le docteur Tate de Londres, pense qu'elle naît primitivement d'un dérangement des fonctions de l'utérus qui se change en irritation de la moelle, et que quatre symptômes caractérisent : 1° sensibilité à la pression, le plus généralement au niveau des premières vertèbres dorsales; 2° menstruation irrégulière; 3° douleur sous la mamelle gauche, et quelquefois sous la droite; 4° palpitations de cœur.

L'auteur de ce Mémoire, le docteur Garrisch, a confirmé par des recherches la vérité de ces caractères : et dans son ardeur à tout simplifier, il divise les névroses en deux grandes classes, la névralgie pour les hommes, et l'hystérie pour les femmes.

D'après les considérations précédentes, on voit que le traitement de ces maladies comprend deux indications spéciales : remonter à la cause du trouble des fonctions de l'organe en souffrance, et apprécier l'irritation qui est venue retentir à la moelle épinière et continuer sa maladie. Comme nous l'avons déjà dit, la sensibilité à la pression en est le

caractère distinctif, et c'est à la région où elle se rencontre qu'on doit appliquer des sangsues ou des ventouses jusqu'à ce que la pression ne détermine plus de douleurs. Dans la collection de symptômes que l'auteur appelle forme hystérique, ces moyens seraient insuffisans; on y joindrait des frictions avec la pommade stibiée préparée suivant la formule :

Tartre stibié . . . . . 2 gros.
Cérat simple . . . . . 1 once.

Parmi les dix cas de névralgies, rapportés par l'auteur, nous citerons les plus remarquables :

Maria Bancraft, âgée de quarante ans, d'un tempérament phlétorique, souffrait depuis longtemps de douleurs à la nuque, irradiant à l'occiput, à la poitrine, et quelquefois à l'extrémité des doigts qui momentanément perdirent toute sensibilité. En examinant les vertèbres cervicales, on les trouva douloureuses à la pression; six ventouses et un vésicatoire appliqués sur cette région guérirent promptement la malade.

William Davies, homme de couleur, âgé de trente-trois ans, était depuis un an affecté d'un rhumatisme des membres supérieurs et inférieurs. De nombreux traitemens avaient échoué. Les douleurs persistaient; pouls légèrement fébrile, constipation, langue sale; toute la colonne vertébrale est sensible à la pression : on donne d'abord un émétique, puis avec des ventouses le long de la moelle on retire douze onces de sang; un vésicatoire appliqué à la partie inférieure de l'épine complète le traitement, qui est suivi d'un prompt succès.

Martha Garwood, âgée de trente-sept ans, avait été guérie, après un long traitement, d'une diarrhée chronique; mais depuis elle était souvent affectée de douleurs spasmodiques dans l'estomac et le tube digestif, se propageant dans les seins, la tête et les épaules; les digestions étaient difficiles, le pouls fréquent et faible. Plusieurs remèdes ayant échoué, on examine la colonne, et la pression fait naître une vive douleur entre la quatrième et la cinquième vertèbres dorsales, s'étendant, en diminuant, à la partie inférieure de l'épine et retentissant à l'estomac.

Un emplâtre stibié fut appliqué sur la région de la moelle la plus sensible; à l'intérieur, pilules avec le calomel, l'opium et la racine d'ipécacuanha.

Dès l'apparition des pustules, survint une amélioration générale; la guérison fut complète.

Depuis cinq ans un homme d'une complexion délicate était atteint d'un tic douloureux de la face, compliqué de dérangemens des fonctions digestives, de céphalalgie, de sensibilité vive de l'épigastre et de tout l'abdomen. La pression douloureuse de la septième vertèbre dorsale détermine aussi une vive douleur à l'épigastre et des vomissemens. Un emplâtre émétisé produit de nombreuses pustules sur ce point de la colonne vertébrale, et la maladie disparaît graduellement; l'appétit revient. On continue le traitement en rubéfiant l'épine deux fois le jour avec un liniment térébenthiné.

Quelque temps après, ce même sujet eut une ophthalmie très grave, contre laquelle on employait vainement les antiphlogistiques : un emplâtre stibié à la nuque en triompha.

Le groupe de symptômes que l'auteur désigne sous le nom d'hystérie a été traité avec succès par les mêmes moyens. Voici l'un des plus remarquables.

Mary Hall, âgée de trente-trois ans, habituée aux excès, avait depuis un an une paralysie incomplète des extrémités inférieures. Menstruation irrégulière, manie turbulente, convulsions des extrémités supérieures, selles involontaires, pouls petit, chaleur à la peau. Des sangsues sont appliquées à la nuque; sinapismes aux pieds, applications froides à la tête, dix grains de calomel en pilules. On répète cette prescription sans amélioration notable; alors on parcourt toute la moelle avec l'emplâtre stibié et des sangsues : la paralysie et la manie disparaissent graduellement.

Des observations précédentes, le docteur Garrisi conclut que la sensibilité à la pression de quelque partie de la moelle épinière accompagne toujours les affections névralgiques, et qu'en enlevant cette sensibilité, à l'aide des moyens proposés, on guérit radicalement, ou tout au moins d'une manière temporaire.

(*The amer. Jour. of the med. sciences.*)

Du gonflement des extrémités chez les femmes en couche. Le *London medical and physical Journal* contient, dans son numéro d'avril 1833, l'extrait d'un Mémoire intéressant lu à la Société Hunterienne sur un gonflement particulier des extrémités chez les femmes en couche.

Gonflement de la jambe droite et du bras gauche après l'accouchement. Mort. — Sarah Reynolds, âgée de vingt ans, d'une constitution faible et délicate, éprouva, quatorze jours après sa couche, de la céphalalgie et de l'engourdissement dans l'articulation tibio-tarsienne du côté droit. Le lendemain elle se plaignait d'une vive douleur et d'un gonflement à la jambe droite et au bras gauche, avec rougeur vermeille de l'articulation du coude-pied et de celle du poignet. Pouls petit, cent quarante-quatre pulsations par minute; peau chaude et sèche; langue aride et brune; les selles et les urines sont naturelles, l'enfant continue de téter; les lochies coulent encore. Le troisième jour, mêmes symptômes : le quatrième, la malade se sent affaiblie, et expire le matin du cinquième jour de sa maladie.

A l'autopsie, faite trente heures après la mort, les veines spermatiques des deux côtés, suivies avec soin, furent trouvées saines; il en était de même des veines du bassin, à l'exception de l'iliaque externe droite, dont les parois étaient plus épaisses et plus vasculaires que dans l'état normal, et contenaient de la lymphe coagulable. L'utérus était sain, ainsi que toute la cavité de l'abdomen; la veine fémorale n'était pas malade.

Sous la peau qui recouvre l'articulation du coude-pied, on trouva une effusion considérable de matière séro-purulente et une moindre quantité du même liquide sous la peau du poignet. Il ne fut pas permis d'examiner les autres parties du corps.

Gonflement des membres supérieurs après l'accouchement. Mort. — Sarah Milne, âgée de dix-huit ans, fut prise, le soir du 26 décembre, de frissons suivis de douleurs aiguës dans tout le corps, et surtout dans les articulations, avec une grande chaleur et sécheresse de la peau. Le délire vint s'y joindre; pouls rapide, battant cent quarante par minute, langue blanche, face pâle et inquiète, constipation.

On ordonne des médecines apérilives, et des sangsues conditionnelles aux tempes si le délire continuait.

Le lendemain la malade avait passé une nuit agitée, mêlée de délire; les sangsues avaient été appliquées et coulaient encore, les lochies n'étaient pas supprimées; l'enfant est mort le matin dans les convulsions; la sécrétion laiteuse est interrompue.

A une heure après midi les extrémités supérieures sont gonflées depuis le poignet jusqu'à l'aisselle; sur le poignet gauche il y a deux ou trois petites taches rouges. La pression est douloureuse sur tout le membre, surtout sur le trajet des vaisseaux et au niveau des articulations; le doigt ne laisse pas de trace de sa pression comme dans l'œdème. Les genoux et les coude-pieds sont douloureux, mais les membres inférieurs ne sont pas gonflés. Soif ardente, peau chaude et sèche, pouls de plus en plus dur, délire léger; les muscles de la face sont agités d'un tremblement convulsif. Saignée de douze onces, mixture saline avec les diaphorétiques.

Quelque soulagement après la saignée. Mort à six heures du soir.

Le lendemain l'autopsie est faite. Nulle part on ne trouve d'altération organique ; mais on remarque un grand épanchement de liquide dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ainsi qu'entre la pie-mère et l'arachnoïde, et dans la cavité du péricarde. Le gonflement des extrémités supérieures était le résultat de l'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire. On ne découvre aucune altération dans les sinus de la dure-mère, les veines de l'abdomen, du bassin et des membres supérieurs.

Gonflement du genou droit après l'accouchement. Mort. — Jane House, âgée de trente-deux ans, d'une constitution délicate, fut prise, quatorze jours après être accouchée de son quatrième enfant, d'une vive douleur au genou droit qui s'accompagna d'un gonflement considérable et d'une rougeur vermeille. La douleur s'augmente par la pression la plus légère. Les symptômes généraux sont ceux des observations précédentes ; mais la douleur et le gonflement de l'articulation sont plus considérables. Mort le sixième jour.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, montre un épanchement considérable de sérosité trouble dans l'abdomen ; le péritoine est généralement enflammé. L'utérus plus mou qu'à l'ordinaire ; nulle trace d'altération dans les veines du bassin et la veine fémorale du côté droit. Le tissu cellulaire de l'articulation du genou droit est infiltré de sérosité.

Deux autres cas de la même affection se sont offerts à l'hôpital des femmes en couche ; l'un se termina par la mort : on ne put en faire l'autopsie ; l'autre malade quitta l'hôpital pendant les progrès de la maladie.

Quoique dans ces derniers temps on ait accordé beaucoup d'attention aux maladies qui suivent l'accouchement, celle-ci n'avait pas encore été décrite. Cependant le docteur Denman semble y faire allusion dans l'introduction de son ouvrage sur les accouchemens.

« Il y a, dit-il, une circonstance dans la fièvre puerpérale que je ne sache pas avoir été observée ou mentionnée nulle part, c'est une tumeur érysipélateuse de couleur rouge sombre, de la largeur d'un shilling à peu près, et quelquefois plus étendue, qui se manifeste sur les jointures, aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux coude-pieds. Ce signe est constamment mortel, et, à l'ouverture des corps, la maladie affecte constamment l'utérus ou ses annexes.

La malade est d'abord affectée de frissons et de vives douleurs dans les membres ou dans une ou plusieurs articulations. Bientôt le gonflement apparait ainsi que des tâches rougeâtres. Quelquefois le gonflement s'étend à tout le membre, et la surface de la tuméfaction est parsemée de taches rouges. Si la mort n'arrive pas promptement, plusieurs articulations sont successivement attaquées, malgré l'amélioration obtenue dans les régions primitivement envahies. »

Quel que soit le nom qu'on veuille donner à cette maladie, on doit savoir que les mêmes viscères ne sont pas toujours uniformément attaqués ; les altérations peuvent se rencontrer à la tête, à la poitrine, ou l'abdomen d'où il suit que les faits ne viennent pas confirmer l'assertion de Denman, qui assignait l'utérus pour siége de cette maladie. La fièvre est subinflammatoire ; le pouls, fort au commencement, devient bientôt rapide et faible ; la langue, de blanche qu'elle était, prend une teinte sombre et brunâtre ; les forces se soutiennent d'abord ; quelquefois les sécrétions restent à l'état normal. Le symptôme le plus remarquable, c'est l'excessive douleur des articulations tuméfiées.

La durée de l'affection est variable : une fois, la mort est arrivée en quarante heures ; une autre fois, elle a tardé trois semaines. Le début de la maladie a lieu du deuxième au quatorzième jour.

Les autopsies ne donnent que des résultats négatifs ; elles disent seulement que la phlébite n'est pour rien dans la cause. Le gonflement des membres résulte d'une infiltration cellulaire ; un épanchement de même nature se rencontre dans les viscères qui ont ressenti de vives douleurs. Quelques faits de ce genre ont été cités par le docteur Lee dans son Mémoire sur la phlébite utérine ; mais il n'a pas dit ce qu'il pensait de la nature de cette affection. Quand la phlébite utérine se complique de gonflement articulaire, on trouve des foyers purulens avec destruction des surfaces cartilagineuses. Dans les observations qui font le sujet de ce mémoire, M. Coulson n'a jamais noté de pus réuni en foyer ; la cavité articulaire n'a jamais été attaquée : de plus, le gonflement de la totalité du membre ne saurait être confondu avec la *phlegmatia alba dolens*. Dans cette dernière affection, la peau ne change pas de couleur, excepté à une époque avancée, lorsqu'apparaissent des taches noires qui tiennent sans doute à l'extravasation du sang. Dans les cas observés par M. Coulson, c'est, au contraire, au début, que se remarque la couleur rouge sombre qui se continue sans s'altérer jusqu'à la fin.

Il serait à désirer qu'à la suite de descriptions si bien tracées, on pût aussi indiquer les moyens curatifs. Tous les traitemens ont échoué ; cependant on doit employer la saignée, si le pouls est plein et le sujet robuste. Dans trois cas les sangsues ont beaucoup diminué les douleurs locales : à l'intérieur on a essayé les antimoniaux diaphorétiques.

(*London med. and physical Journal.*)

Du vésicatoire appliqué à l'origine du nerf phrénique dans le traitement du hoquet. — Le hoquet n'est pas toujours symptomatique. Quelquefois il constitue, à lui seul, une maladie qu'on ne saurait rattacher à aucune lésion primitive ; son caractère est un trouble fonctionnel dans l'innervation du diaphragme. Ramener à des actes plus réguliers ce muscle important, c'est le but qu'on se propose d'atteindre par les remèdes sans nombre qui ont été proposés contre ce spasme convulsif. Depuis longtemps on connait les sympathies actives qui s'exercent entre la peau et les fonctions intérieures ; on a cherché à les réveiller par l'application de corps qui modifient la peau, par sa température, ou par une action plus vive sur sa texture elle-même, en la rendant plus rapidement absorbante, ou en accumulant sur elle, par la douleur, une irritation dérivative. C'est ainsi qu'on a employé les impressions froides et subites, les épispastiques, les frictions avec les substances narcotiques par absorption à l'intérieur. Toute la série des antispasmodiques a été passée en revue, et le hasard, plus que de justes prévisions, a eu souvent l'honneur du succès.

Le docteur Short a eu l'idée d'appliquer un dérivatif sur le nerf phrénique. Dans quatre cas il a réussi à guérir ; nous rapporteons l'un d'eux :

Un homme âgé de quarante-cinq ans reçut sur l'apophyse mastoïde gauche un coup violent qui lui causa beaucoup de céphalalgie, un peu de dureté dans l'ouïe et quelques mouvemens fébriles. Quelques jours après survint un hoquet qui ne laissa pas au malade un instant de repos. Une saignée abondante et un purgatif diminuèrent la céphalalgie sans influencer le hoquet. Vainement, pendant plusieurs jours, on appliqua de l'extrait de belladone sur tout le trajet du nerf phrénique ; les pupiles se dilatèrent beaucoup, mais le hoquet continua aussi intense. Un vésicatoire appliqué à la partie latérale du cou, vers l'origine du nerf phrénique, le fit tout-à-coup disparaître ; le malade fut guéri. Les vertèbres cervicales avaient été examinées, et ne donnaient aucune sensibilité à la pression.

Déjà Sœmmering avait employé dans la même affection le vésicatoire entre les deux épaules, et souvent il avait obtenu des succès. Il semble, toutefois, que le procédé de

docteur Short soit plus rationnel, et mérite la préférence. Nous ne quitterons pas ce sujet sans ajouter aux moyens de guérison que nous venons d'énumérer l'emploi du calorique rayonnant, sur le creux de l'estomac, dans le cas de hoquet rebelle. Nous avons vu M. Dupuytren réussir ainsi en portant au-devant de la région épigastrique, un cautère rouge à blanc, le tenant à une distance qu'on rapproche graduellement, de manière à produire une rougeur d'abord, puis une cautérisation réelle par l'intensité des rayons de calorique.

(*Edimb. med. and surg. Journal.*)

Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine. — Le fait suivant mérite d'être cité par sa rareté curieuse :

Hannah Speed, âgée de 39 ans, d'une complexion délicate, est enceinte pour la neuvième fois. La grossesse est exempte d'accidens. Les douleurs de l'accouchement ayant commencé, et les eaux s'étant écoulées de bonne heure, une sage-femme pratique le toucher et ne peut sentir de dilatation du col. Le lendemain soir à 9 heures, les douleurs paraissaient fortes; on les attribua plutôt à des efforts volontaires qu'à des contractions de l'utérus; le col était encore dans le même état. Le ventre étant très proéminent, les extrémités froides, on conseilla à la malade le repos horizontal, des boissons chaudes et des frictions. Mais elle ne put conserver cette position, elle préférait s'agiter dans son lit et se tenir sur les genoux.

A 11 heures du soir le toucher fit reconnaître une dilatation commençante du col et l'engagement de la tête. A minuit et demi vomissement et refroidissement de la peau, respiration difficile, mort.

Le chirurgien Thomas Radford avait été appelé; il arriva trop tard, et apprit que la malade, au milieu de ses gémissemens, n'avait pas poussé d'exclamation soudaine. Il sentit, par le toucher, la tête de l'enfant, et le col dilaté de la largeur d'un dollar. Aucune hémorrhagie externe n'avait eu lieu. Plaçant sa main sur l'abdomen, il fut étonné de sentir deux tumeurs parallèles entre elles, et séparées par une dépression évidente.

Autopsie, 21 heures après la mort. État extérieur, exsangue, comme si la mort eût été le résultat d'une abondante hémorrhagie

L'abdomen est sain, le péritoine ne contient pas de liquide. L'utérus formait la tumeur gauche qu'on avait reconnue à travers les parois du ventre; le corps de l'enfant, couvert par le péritoine, formait la tumeur droite. Examinant avec plus d'attention, on ne put trouver la plus légère déchirure au péritoine qui recouvrait le fœtus. Une incision étant faite, le corps de l'enfant fut mis à nu; la matrice était rompue longitudinalement du col à la base; la tête de l'enfant, engagée avec tant de peine, était d'un volume énorme et affectée d'hydrocéphale. L'utérus n'était pas beaucoup contracté; les bords de la rupture inégalement découpés; aucune apparence de gangrène. Trois ou quatre onces de sang coagulé dans la cavité de la matrice.

Le col était à l'état normal; le placenta, situé au côté gauche de l'utérus, lui était adhérent; le bassin avait ses dimensions normales; la vessie était intacte.

Le docteur Radford a observé une autre rupture de la matrice sans déchirure du péritoine. C'est un accident presque nécessairement mortel; nous disons presque, parce que le même chirurgien, assistant une femme en couche, fut frappé de ce cri : *oh! mon ventre! la crampe dans mon ventre!* On reconnut en effet une rupture de l'utérus en palpant l'abdomen : la femme fut promptement délivrée avec le forceps perforateur. Elle se rétablit.

Dans le cas d'Hannah Speed, la rupture fut une conséquence forcée de la flaccidité des parois abdominales, par conséquent des changemens de l'axe de la matrice, de l'hydrocéphalie du fœtus, de l'écoulement prématuré des eaux, enfin de la position de la femme sur les genoux pendant les contractions utérines.

(*London med. and surg. Journal.*)

Rétention du placenta dans la matrice. — La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 30 ans, grande, d'une bonne santé, ayant avorté deux fois au troisième mois; une nouvelle grossesse est conduite à terme et produit un enfant bien conformé. Après l'accouchement, l'utérus diminua de volume et se contracta tellement dans tous les points, que le bout du petit doigt ne put pénétrer dans le col qu'avec la plus grande difficulté. Le placenta fut trouvé adhérent sans pouvoir le détacher par son bord accessible.

Le lendemain, 16 février 1831, la malade était bien; la main appréciait le globe utérin contracté. Vainement un accoucheur appelé en consultation essaya-t-il l'extraction du placenta. On donna du seigle ergoté qui ne produisit qu'une contraction plus grande de la matrice et diminua son volume.

Le 18, l'état général est satisfaisant, le cordon ombilical et une portion des membranes se détachent en putrilage. Injections avec le chlorure de chaux.

Au milieu du mois de mars, la malade éprouva des douleurs comme si elle allait accoucher. Le placenta ne fut pas expulsé, le col de l'utérus fut trouvé complètement fermé. Depuis ce temps, le globe utérin est revenu à son état normal, la santé s'est complètement rétablie.

Ce fait est très singulier. Pourrait-on l'expliquer par une organisation du placenta avec le tissu de la matrice, résultat d'adhérence intime de ces deux organes? Nous ne le pensons pas. La contraction permanente de l'utérus devait rendre impossible toute circulation de ces deux corps entre eux. Il est plus probable que cette même contraction, exprimant du placenta tous les fluides qu'il contenait, et mettant obstacle à l'entrée de l'air, a prévenu la putréfaction et ses conséquences graves. Le placenta ne serait donc plus qu'un corps inerte, incommode seulement par sa masse, que l'absorption tendrait incessamment à diminuer.

Ce cas est rapporté par le docteur Porcher, de Charleston, un an après l'accouchement. A cette époque, le placenta n'avait pas été expulsé; la femme jouissait de la meilleure santé.

Malgré l'heureuse terminaison de cette rétention du délivre, nous devons adresser des reproches au médecin américain pour avoir négligé les moyens accessoires qui pouvaient permettre l'introduction de la main et opérer la délivrance. Pourquoi, sur une femme à constitution forte, la saignée n'a-t-elle pas été employée? et si elle n'avait produit aucun effet, c'était le cas de recourir aux topiques narcotiques, à l'application d'un bourdonnet de charpie imbibé d'extrait de belladone, et maintenu en contact avec le col, à des bains de siége, des injections émollientes. Sans doute le spasme produit par une congestion sanguine ou l'irritabilité nerveuse aurait cédé; le col se serait laissé pénétrer par le doigt explorateur; on aurait amené le placenta en totalité ou en fragmens. Cependant, si ce résultat n'eût pu être obtenu, il valait mieux ne pas réitérer les tentatives de décollement, dans la crainte de déterminer une métrite, et attendre. Il est des exemples de rétention du placenta qui ont cessé d'elles-mêmes. Smellie rapporte qu'une de ses malades ne fut délivrée qu'au bout de deux mois; le placenta était dur et desséché. Kerkring a vu une délivance huit mois après l'accouchement. M. Pros en cite une après huit mois et demi de rétention.

(*The american Journ. of the med. sciences.*)

T. DUPRÉ LA TOUR. D. M. P.

TRANSACTIONS MÉDICALES;

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE

ET DE LITTÉRATURE MÉDICALE,

PUBLIE PAR UNE SOCIETE DE MEDECINS DE PARIS,

RÉDIGÉ PAR M. FORGET, D. M.

JUIN 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

NOUVEL APERÇU *sur la* PHYSIOLOGIE DU FOIE *et les usages de la bile.*

DE LA DIGESTION CONSIDÉRÉE EN GÉNÉRAL;

Par M. BENJAMIN VOISIN, *D. M. P.*

CHAPITRE X.

SOMMAIRE. Du dernier temps de la digestion, de la fécation. — Du chyme, dans le gros intestin. — Quels sont les agens de sa transformation en un produit excrémentitiel. — Il existe encore quelques vaisseaux chylifères dans le gros intestin. — De l'identité du chyme dans les diverses portions du canal digestif. — Comment on doit entendre la digestion en général.

Au moment où le chyme franchit la valvule iléo-cœcale pour entrer dans le gros intestin, il ne contient presque plus de chyle; il ne forme plus qu'un résidu excrémentitiel provenant des débris de la nutrition et du détritus alimentaire; sa couleur, sa consistance, son odeur deviennent différentes de ce qu'elles étaient; mais ici encore, comme ces changemens s'effectuent graduellement, sont préparés de loin, qu'ils ne se prononcent seulement davantage qu'à mesure que la portion chyleuse de ce qui compose l'aliment vient à en être distraite, on peut dire que la fécation n'est qu'une répétition, qu'une conséquence des actes précédens; je m'explique : en même temps que les alimens ont été soumis dans les diverses portions du canal digestif, à de nombreuses transformations, que, successivement, par l'adjonction de la salive, des produits de l'exhalation muqueuse et folliculaire, du suc gastrique, du fluide pancréatique et du suc intestinal, ces alimens ont été tour à tour imprégnés, chymifiés et rendus propres à fournir du chyle, par ce fait même ils ont éprouvé une altération particulière qui les a disposés à être plus tard changés en excrément. En effet, ce dernier travail digestif ne peut se rencontrer que dans les substances dites nutritives et qui ont été chymifiées. Celles au contraire qui sont restées intactes, c'est-à-dire étrangères à l'action des sucs, sont rejetées telles qu'on les avait prises, et ne constituent pas la matière excrémentitielle, quoiqu'elles s'y trouvent unies. « La formation de cette ma-
» tière, dit M. Adelon (*Physiologie*, IIe vol., page 572),
» est une conséquence de l'élaboration digestive, tout aussi
» bien que l'est celle de l'autre produit dans lequel se chan-
» gent les alimens, c'est-à-dire le chyle. En effet, les fèces
» ne sont pas un simple résidu des alimens, ayant encore
» leurs mêmes qualités physiques et chimiques, et n'ayant
» été altérés seulement que dans leur forme et leur consis-
» tance; ils sont une matière nouvelle et toute différente
» de ce qu'étaient ces alimens..... Mais en même temps
» qu'une partie du chyme a éprouvé, par l'action de l'ap-
» pareil chylifère, l'altération spéciale qui l'a changée en
» chyle, en même temps aussi, et de même l'autre partie
» de ce chyme a éprouvé l'altération spéciale qui l'a changée
» en excrémens. » Cet auteur se demandant ensuite quels peuvent être les agens de cette nouvelle conversion du chyme, et dans quelle partie de l'appareil digestif cette fonction se passe, s'exprime de cette manière (ouvrage cité, pages 573 et 574) : « Pour ce qui est de cette dernière question,
» c'est sans contredit l'intestin grêle et le gros intestin; mais

» Il est difficile de préciser la partie de ce long canal où se » font les fèces, *car il paraît y concourir tout entier*, » ces fèces allant en se perfectionnant de plus en plus de » haut en bas, et n'étant complètement achevés que dans » le rectum.... Quant aux agens de cette conversion, comme » elle est la dernière de celles qui se produisent, peut-être » faut-il dire qu'elle est le résultat de toutes les précédentes » opérations digestives. Cependant, si l'on veut préciser » davantage, comme les fèces ne se montrent que dans le » gros intestin, c'est-à-dire quand la double action de la » chylification et de l'absorption du chyle est effectuée, on » peut rapporter leur formation à cette double fonction. » Jusqu'ici on dirait que ce physiologiste reconnaît que la digestion est une, d'un bout à l'autre du tube intestinal, qu'elle résulte d'une série d'actes semblables ayant partout pour agens des liquides tout-à-fait identiques entre eux; telle n'est pourtant pas sa pensée, car au même endroit il s'empresse d'ajouter que la bile a une part des plus prochaines à la production des fèces, *comme cause principale de la chylification;* revenant ensuite aux véritables usages de cette humeur, il dit que sa quantité, que sa qualité influent beaucoup sur l'état des fèces. Que si elle manque (il convient donc qu'elle n'est pas indispensable), ceux-ci sont secs, décolorés, il y a constipation. Si elle joue un rôle dans l'économie digestive, c'est sans contredit dans le gros intestin, où elle se mêle à l'excrément comme excrément elle-même, et non comme agent de la chylification. Elle colore le chyme, l'invisque à la manière d'un corps gras, huileux, en même temps que par sa présence elle en active la sortie en sollicitant les forces expultrices du rectum.

Des différens liquides qui se rencontrent dans le gros intestin, s'il en est qui soient capables d'extraire le reste du chyle que contient encore l'aliment, nul doute que cette faculté n'appartienne aux sucs muqueux que fournit cette dernière portion du tube digestif, et ainsi ces sucs deviennent les agens de la fécation.

Nous avons vu dans les phénomènes précédens, que des liquides analogues ont contribué aux élaborations successives qu'a subies la pâte chymeuse; de même ces derniers se chargent à leur tour de la réduire en détritus, et ne sont pas occupés seulement, ainsi que le prétendent la plupart des physiologistes, à lubréfier les parties qu'ils touchent pour en prévenir le frottement. Cette dernière transformation s'opère de la manière suivante : au moment où le chyme pénètre dans le cœcum, il est déjà peu riche en principes nutritifs, mais il suffit qu'il en contienne encore, pour que ces sucs muqueux, non différens des premiers dans leur action, achèvent de les chylifier, de manière que le chyme qui chemine très-lentement dans le gros intestin, finit même par ne plus conserver la moindre parcelle de chyle. C'est dans cet état, lorsqu'il en est entièrement privé, qu'il prend le nom d'excrément; ainsi donc la fécation n'est pas une élaboration distincte, elle n'est que la suite des actes antérieurs de la digestion. Si l'on excepte sa consistance, sa couleur et son odeur qui sont sujettes à varier, selon que l'on examine le chyme dans telle ou telle partie du canal intestinal, on trouve toujours qu'il est partout semblable; il ne présente pas de différences essentielles, son aspect pultacé ne change pas, seulement la couche grisâtre que l'on croit être du chyle brut, et qui le recouvre, est plus ou moins abondante, suivant que ce chyme est fourni par les portions supérieures ou inférieures de l'intestin. Ce peu de changement dans sa manière d'être, quel que soit l'endroit où on l'observe, ne met-il pas au grand jour cette vérité que j'ai fait pressentir plus haut: que ce qui constitue réellement la digestion d'un bout à l'autre de l'intestin est une succession non interrompue d'actes analogues qui s'obtiennent par des liqueurs absolument identiques, à laquelle prennent part tour-à-tour, à la bouche, la salive et le mucus buccal; dans l'estomac, le suc gastrique; dans le duodénum et le reste de l'intestin le suc pancréatique et le produit des sécrétions perspiratoire et folliculaire? En effet, quoique la digestion soit un phénomène compliqué dans lequel on doit distinguer plusieurs temps d'opération, cela n'empêche pas qu'elle présente dans son ensemble une parfaite unité d'action à laquelle concourt un seul et même ordre de moyens; une même membrane muqueuse étendue de la bouche à l'anus, fournissant un mucus partout identique, et de distance en distance, dans ce tube, l'orifice de canaux excréteurs d'organes glanduleux qui séparent des liquides semblables (1); des vaisseaux sanguins d'origine commune, et aboutissant au même tronc veineux; des nerfs d'origine distincte, il est vrai, mais venant tous cependant, en définitive, ou du trisplanchnique, ou du plexus solaire, ou grand sympathique; partout, et en grande quantité, des vaisseaux lymphatiques; des absorbans chylifères qui, quoique moins généraux, se montrent très nombreux dans presque tout l'intestin, mais surtout dans ses parties supérieures.

Telle est l'uniformité des parties qui entrent dans la composition de l'appareil digestif. Même texture, même mode de sensibilité et de vitalité d'une extrémité à l'autre, et partant similitude de fonction, de sorte qu'il y a tout lieu de croire que le travail de la digestion commence à s'effectuer dès la cavité buccale, au moment de l'imprégnation muqueuse et salivaire, qu'il se continue et s'achève dans l'estomac et l'intestin par une série d'actes analogues; en faisant éprouver à l'aliment des élaborations successives et de même nature, et qui, ajoutées les unes aux autres, le rendent méconnaissable de ce qu'il était de prime-abord, et lui impriment les unes après les autres les caractères 1° du bol alimentaire; 2° du chyme; 3° du chyle; 4° d'un résidu purement excrémentitiel.

C'est même, si l'on y réfléchit, sur cette connaissance de l'aptitude qu'ont toutes les parties du tube digestif à convertir l'aliment en chyle, que le médecin s'appuie, lorsque, dans des cas d'inflammation partielle, de squirrhe d'une portion de l'intestin, il porte sur celles qui sont demeurées intactes, les substances qui doivent nourrir, soutenir le malade, quelquefois même pendant un temps assez long.

Cette théorie, j'en conviens, choque tout-à-fait les idées reçues jusqu'ici. Elle semblera surtout restreindre trop les ressources que la nature tient à sa disposition; et cependant, selon nous, c'est cette simplicité, cette uniformité de moyens, cette manière toujours la même de procéder d'un bout à l'autre de l'intestin, cette conformité d'action qui assurent en

(1) On doit excepter le foie, qui fait classe à part.

tout temps l'exécution d'une fonction aussi compliquée en apparence que l'est la digestion.

L'identité d'organisation des diverses parties qui composent le tube intestinal fait qu'elles se prêtent une assistance mutuelle, se rendent solidaires les unes pour les autres; et cette faculté qu'ont ces viscères de se suppléer entre eux est loin de prouver l'insuffisance, la pénurie des ressources de la nature. Rien n'atteste mieux au contraire toute la richesse de ses moyens, quoiqu'ils soient en petit nombre, pour arriver plus sûrement à son but. L'unité d'action dans la digestion me parait la condition vitale de cette fonction.

CHAPITRE XI.

Sommaire. Continuation des expériences; expérimentations sur l'animal vivant: 1° occlusion du canal cholédoque sans interruption de la digestion; 2° de la possibilité de la chymification dans les diverses portions du tube intestinal. — En est-il de même relativement à la chylification? 3° de l'absorption de la matière chyleuse; à quel organe commence cette fonction, et où finit-elle?

SECTION PREMIÈRE.

Occlusion du canal cholédoque.

L'obstruction du canal cholédoque n'est pas un obstacle à la chylification, pourvu toutefois que l'arrivée du suc pancréatique dans l'intestin ne soit pas interrompue, c'est-à-dire que la ligature pratiquée sur le canal commun soit placée au-dessus de l'embouchure du conduit pancréatique. Cette précaution étant prise, si la soustraction de la bile n'influence en rien la digestion, on conçoit que l'importance de ce liquide peut être grandement infirmée dans cette fonction.

Les expériences suivantes ont pour but de constater ces résultats.

Si on lie sur un chien le canal cholédoque, on observe que dans les premiers jours l'animal est triste, refuse toute espèce d'aliment solide; mais, passé la première semaine, lorsque la plaie est en partie cicatrisée, que l'inflammation a disparu, son appétit revient peu à peu et les digestions reprennent leur cours. Cependant la soif continue à être plus vive que dans l'état ordinaire, la constipation est un phénomène presque constant, ainsi que l'ictère qui se manifeste par la teinte jaune des yeux; les matières fécales sont sèches, grisâtres, le manque d'excrétion biliaire en est seul la cause. Très-souvent à la suite de cette interruption du cours de la bile, si l'animal vit quelques jours, les viscères de l'abdomen qui étaient sains, ne trouvant plus dans le foie une voie de dépuration, finissent les uns après les autres, suivant qu'ils sont liés plus intimement avec cet appareil, par s'engorger. Il n'est pas rare de voir la rate doubler de volume, le foie est engoué de liquides de différente nature; les glandes du mésentère commencent à devenir dures, tuberculeuses. La la mort, qui survient à la suite de ces altérations, n'est pas, comme on doit le penser, la conséquence immédiate de la suspension de la chylification causée par la ligature des conduits biliaires, car si cela était, elle aurait lieu sur-le-champ, tandis qu'elle n'arrive que quand de grands désordres, des lésions organiques principales ont enrayé les fonctions les plus importantes.

Deux des chiens sur lesquels j'ai expérimenté ont survécu trois mois à l'oblitération du canal cholédoque (n'oublions pas que le suc pancréatique continuait à s'écouler dans le duodénum); sur huit autres qui ont succombé plus tôt, cinq sont morts peu de temps après la ligature, et les trois autres au bout de six semaines, après avoir présenté tous les symptômes des obstructions du foie, de son empâtement et de celui de la presque généralité des viscères de l'abdomen. Chez l'un de ces animaux, la sécrétion biliaire continuant à s'effectuer, les canaux cystique et hépatique, la vésicule du fiel atteignirent des dimensions excessives, et la mort arriva promptement par la rupture de ce réservoir, par suite de l'épanchement de la bile dans le péritoine.

A l'exception de l'inflammation de cette membrane, tous les viscères parurent sains. L'estomac et l'intestin étaient encore remplis d'alimens nullement colorés en jaune, mais presque complètement chymifiés. Il y avait trois heures que l'animal avait mangé. Des vaisseaux lactés contenaient du chyle, j'en ai extrait près d'une demi-once.

Il n'est pas difficile de parvenir jusqu'au canal cholédoque pour en faire la ligature; après avoir pratiqué une large incision aux parois abdominales dans la direction de la ligne blanche, en pénétrant de suite dans le péritoine, je range de côté et à gauche l'estomac que je soulève ainsi que le duodénum. En examinant ce dernier organe dans sa seconde portion, près l'extrémité droite du pancréas, précisément à l'endroit où il n'est pas recouvert de la tunique séreuse, entre les feuillets de l'épiploon gastro-hépatique, on trouve le canal cholédoque que l'on peut rendre très évident en pressant sur la vésicule biliaire et en l'emplissant du liquide qu'elle contient.

Dès que je suis parvenu à dégager, isoler le canal cholédoque des parties sous-jacentes auxquelles il ne tient que par un tissu cellulaire lâche, je passe une ligature que je remonte et rapproche le plus possible de l'embranchement des conduits cystique et hépatique, afin de laisser libre l'issue du canal pancréatique. Je coupe les bouts de fil excédant et je réunis par des points de suture la plaie extérieure qui se cicatrise en peu de temps, à moins qu'il ne survienne des infiltrations purulentes consécutivement à l'opération, soit dans les parois abdominales, soit dans le tissu cellulaire profond je puis dire en général que ces accidens ont été rares. L'inflammation du péritoine, comme plus fréquente, me parait plus à redouter; elle entrave tout-à-fait le succès de l'expérience, si même dans les premiers jours elle ne se termine pas par la mort.

Quoi qu'il en soit du petit nombre d'exemples où l'animal ait vécu un temps assez long, (trois mois,) toujours est-il vrai que la plupart de ces chiens n'ont pas succombé immédiatement, mais plus tard, à des accidens inflammatoires, occupant principalement le péritoine; et même dans un cas la mort est survenue sans qu'on pût la prévoir, à la suite de l'épanchement de la bile occasioné par la rupture de la poche cystique.

Si j'excepte un seul de ces chiens qui fut tourmenté de vomissemens chaque fois qu'il voulait prendre des alimens,

et qui dépérit en peu de jours, chez tous la mort n'a point été la conséquence prochaine de la suppression de la chylification, quelque rapprochée que fût l'époque de leur fin. Presque tous avaient commencé à manger, et chez la plupart on trouva dans le canal digestif des alimens parfaitement chimifiés, et dans les vaisseaux lactés du chyle bien élaboré.

SECTION II.

De la Possibilité de la chymification dans les diverses portions du tube intestinal; en est-il de même relativement à la chylification?

Dans cette seconde section, j'ai cherché à connaître quelle était l'action digestive de chaque portion de l'intestin, si chacune d'elles prise séparément pouvait obtenir la chymification de l'aliment, sa conversion en chyle, la bile y demeurant étrangère comme dans le cas précédent; ou bien s'il était nécessaire que les alimens parcourussent toute la longueur du tube digestif, s'il fallait qu'ils fussent successivement imprégnés, de salive, de suc gastrique, des fluides pancréatique et muqueux intestinal, et principalement de bile, pour être propres à l'assimilation.

1° *Dans la cavité buccale:* J'ai déjà observé que des alimens gardés longtemps dans la bouche subissaient une véritable altération qui les rend méconnaissables; j'ai vu qu'ils forment une bouillie grisâtre, homogène, assez analogue au chyme; c'est un fait que chacun peut vérifier. Les agens de cette transformation sont la salive et le mucus buccal. Si on ne découvre pas dans cette cavité des vaisseaux chylifères, il y existe du moins, et en assez grand nombre, des vaisseaux lymphatiques qui paraissent avoir la faculté d'absorber les boissons. On sait que le sentiment de la soif, s'il n'est pas apaisé entièrement, n'est du moins pas aussi vif, lorsque l'on tient dans la bouche des liquides ou des corps sapides susceptibles de provoquer une abondante sécrétion de salive, qui, pour un instant, satisfait aux besoins les plus pressans de la soif.

2° *Dans l'estomac:* Ici la chymification de l'aliment n'est nullement mise en doute; mais il s'agit de savoir si le suc gastrique lui seul, sans être uni à la salive, peut l'effectuer. Dans le cas affirmatif, on conçoit que l'existence de ce liquide ne peut plus être contestée. Dans cette intention, je fis l'expérience suivante sur un animal:

Expérience 1re. Après avoir retiré de l'estomac, par les moyens connus, les sucs différens qu'il contient, et avoir empêché tout retour possible de la salive, en pratiquant la ligature de l'œsophage, je fis au-dessous de cette ligature une ouverture à ce conduit, et de cette manière je portai dans l'estomac des alimens solides (1); trois heures après, en les examinant, je vis qu'ils étaient entièrement changés, altérés, offrant tous les caractères du chyme. Déjà les vaisseaux lactés contenaient du chyle, et cependant le bol chymeux n'avait pas franchi le pylore. Avant l'expérience, l'animal était à jeun depuis vingt-quatre heures. Une fois l'existence et l'action du suc gastrique sur l'aliment hors de doute, il me reste à prouver que déjà, dans l'estomac, l'absorption chyleuse a lieu.

Expérience 2e. En plus des dispositions indiquées plus haut, si on lie le canal thoracique et le pylore sur un animal, on observe, outre les phénomènes de chymification, que du chyle se rencontre dans les vaisseaux lactés; ces vaisseaux sont gonflés; si on les incise, ils dardent par jets un liquide blanc tout-à-fait analogue au chyle; le réservoir de *Pecquet* en est abondamment pourvu.

Expérience 3e. J'ai nourri pendant 15 jours un chien auquel j'avais auparavant pratiqué la ligature du duodénum immédiatement au-dessous du pylore. L'appétit était assez prononcé; l'animal mangeait peu, mais souvent. Chaque fois que l'estomac avait retiré de l'aliment ce qu'il pouvait s'approprier, cet organe se soulevait et rejetait par le vomissement, ou plutôt par une sorte de régurgitation, ce qui excédait la portée de ses forces digestives. Il est juste de convenir que cette espèce de détritus alimentaire était moins altérée, moins excrémentitielle que si elle eût été rendue après avoir cheminé dans toute la longueur de l'intestin.

3° *Dans l'intestin grêle.* — *Expérience* 1re. Si l'on ingère dans l'intestin grêle des alimens préalablement triturés et imbibés de salive, on voit au bout de quelque temps, deux à trois heures, que leur chymification est aussi complète que si elle se fût faite dans la cavité stomacale.

Expérience 2e. Si ces alimens sont introduits sans qu'on leur ait fait subir la trituration et l'imprégnation salivaires, ils n'en sont pas moins convertis en une bouillie grisâtre, homogène, pultacée; seulement j'ai remarqué que ce travail, pour être complet, demandait une épreuve plus longue, les vaisseaux lactés étaient dilatés par du chyle. Dans ces deux cas, comme je n'avais pas interrompu le cours de la bile, la chymification de l'aliment une fois opérée, l'absorption chyleuse en était une conséquence, un phénomène qui devait avoir lieu, même d'après les idées des auteurs sur les conditions de cette fonction. J'ai donc cru devoir examiner si cette chylification pourrait s'effectuer nonobstant l'empêchement au cours de la bile dans l'intestin grêle; c'est ce que l'on va voir dans l'expérience suivante.

Expérience 3e. Si l'on prend, sans autre préparation, des alimens de consistance moyenne, et si on les introduit le plus haut possible dans l'intestin grêle, en ayant le soin d'oblitérer la partie de ce conduit qui est supérieure à l'endroit où l'on pratique cette ingestion, on observe, après le délai déjà fixé, que les alimens, outre qu'ils sont chymifiés, sont descendus dans l'intestin, qu'une forte partie en a été absorbée, convertie en chyle, et que l'autre est près d'entrer sous forme de fèces dans le gros intestin; seulement celle-ci n'a pas cette couleur jaune qui lui est habituelle, et qui est due à la présence de la bile.

Expérience 4e. Répétant cette expérience sur un autre chien, je l'ai substanté de cette manière pendant un mois; ce n'est qu'après ce temps que je l'ai sacrifié pour une autre expérience. A l'ouverture, je constatai ce qui suit: d'abord le fil qui liait l'intestin grêle, de manière à fermer exactement toute voie de communication avec l'estomac et le

(1) Ces alimens se composaient d'un mélange de mie de pain et de bœuf, détrempé avec de l'eau.

duodénum, avait été retenu dans la plaie abdominale, de sorte qu'il s'était formé en cet endroit une adhérence contre nature; ensuite l'ouverture pratiquée à l'intestin grêle pour l'introduction des alimens, représentait parfaitement un anus artificiel, comme il arrive dans les faits de hernie étranglée qui se termine par gangrène. Aussi dans un cas semblable chez l'homme, s'il y avait contre-indication à faire parcourir aux alimens les voies supérieures de la digestion, je n'hésiterais pas à ingérer des substances nutritives dans le bout inférieur du conduit intestinal. Le succès d'une pareille tentative serait d'autant plus assuré que la portion d'intestin perforée serait moins éloignée du duodénum.

A mesure que l'on s'approche de la partie inférieure de l'iléum, on remarque que l'énergie digestive est moins grande, qu'il faut plus de temps pour que la chimification et surtout l'absorption du chyle soient complètes, soit parce que d'un côté le suc intestinal est dans cet endroit moins abondant, moins actif, soit plutôt, d'un autre côté, parce que la surface absorbante n'est pas assez étendue, que les vaisseaux chylifères sont plus rares, qu'ils ne peuvent toujours agir, et par conséquent absorber qu'une quantité donnée de chyle. Cependant on ne peut douter que cette chymification, quoique moins prompte, ne soit encore assez parfaite, puisque son effet le plus direct, la formation du chyle, ne laisse pas que de se manifester. On rencontre de ce liquide dans les vaisseaux lactés et dans le canal thoracique, lorsqu'il n'a pu y être apporté d'une autre source, la ligature de l'intestin grêle ayant été faite préalablement dans ses trois quarts supérieurs.

4°. *Dans le gros intestin*, le cœcum, le colon ascendant et un peu dans le colon transverse, il se passe encore des phénomènes de chymification qui, quoique moins finis, constituent toujours une véritable élaboration de matière; et de même, dans ce chyme un peu grossier, des vaisseaux chylifères, en petit nombre, il est vrai, viennent puiser des élémens nutritifs.

Expériences. Si l'on pousse des alimens de l'iléon dans le cœcum, ayant ensuite la précaution de fermer par une ligature la valvule de *Bauhin*, afin d'être sûr, d'une part, que la bile ne pénètre pas dans le gros intestin, et de l'autre, qu'une quantité de ces alimens ne remonte pas, malgré l'obstacle que lui oppose la valvule iléo-cœcale, dans l'intestin grêle, où on pourrait supposer qu'ils ont été chymifiés. Ces dispositions prises, voici ce que l'on observe : après quatre heures de séjour dans le cœcum ou le colon, les alimens sont sensiblement altérés, mais il est vrai de dire qu'on peut y reconnaître encore les substances qui entrent dans leur composition; ils ont perdu de leur consistance, n'ont plus le même aspect et forment une pâte demi-fluide, invisquée de sucs, et qui a quelques-uns des caractères du chyme. Le colon descendant, le rectum sont remplis d'une sorte de détritus alimentaire, mais moins animalisé, moins coloré qui dans l'état normal. Si ce sont des bouillons, des gelées de viandes que l'on a introduits, ils sont biens plus promptement chymifiés. L'absorption des chylifères de ces dernières portions de l'appareil digestif, quoique moins active, c'est-à-dire moins étendue, à raison du petit nombre de ces vaisseaux, ne peut cependant être contestée, comme nous allons le voir dans la section suivante.

SECTION III.

A quel organe commence l'absorption chyleuse et où finit-elle ? Enfin existe-t-il des vaisseaux chylifères au-dessus du duodénum et par conséquent au-dessus de l'endroit où pénètrent la bile et le suc pancréatique ?

Cette question, une fois résolue par l'affirmative, devient tout-à-fait décisive; elle détruit de fond en comble la théorie de l'utilité de la bile dans la chylification. S'il n'est pas prouvé que dans la bouche commence déjà le travail d'absorption, il est au moins constant qu'il se fait dans la cavité qui suit immédiatement, dans l'estomac. (Je ne parle pas du pharynx et de l'œsophage, qui ne sont que des conduits de transport.) M. Magendie a fait voir d'une manière très évidente qu'une partie des alimens liquides, les bouillies, les gelées de viande, introduites dans l'estomac, y est parfaitement digérée, et ne disparaît pas moins, malgré la ligature pratiquée préalablement au pylore, circonstance qui rendait tout-à-fait impossible le passage de ces alimens dans le duodénum, où l'on suppose que commencent à apparaître les vaisseaux chylifères; cette assertion est aussi controuvée par ces expériences, que l'opinion qui y a donné lieu est elle-même conjecturale, savoir, que l'arrivée de la bile dans cette portion de l'intestin est concomitante de la chylification, et qu'elle en est l'agent principal. Car dans le cas encore où l'on voudrait rapporter l'absorption nutritive qui s'effectue ailleurs que dans le duodénum, dans l'estomac, à un autre ordre de vaisseaux, aux orifices des veines mésaraïques ou aux vaisseaux lymphatiques de ce dernier organe, il n'en serait pas moins démontré que des alimens ont pu être chymifiés, absorbés et convertis en chyle, indépendamment du concours de la bile. Outre ces faits, dont l'exactitude ne peut être mise en doute, j'ajouterai que mes propres observations m'autorisent pareillement à regarder la séparation et l'absorption du chyle comme s'effectuant bien antérieurement à l'intestin grêle, aussitôt l'entrée des alimens dans l'estomac. Si l'on examine avec attention la surface intérieure de ce viscère, on y remarque des vaisseaux absorbans lactés, en petit nombre, il est vrai, mais tel cependant que l'on ne peut pas les confondre avec les lymphatiques, la direction différente de ces deux ordres de vaisseaux empêche toute méprise à cet égard; les premiers se rendent au foie avant de se jeter dans le canal thoracique, tandis que les autres s'y abouchent directement (1).

D'un autre côté, si on ouvre l'estomac d'un animal, deux heures après qu'il a mangé, lorsque l'on suppose la digestion en pleine activité, on voit suinter de la pâte chymeuse un fluide d'un blanc grisâtre, comme cela a lieu dans le duodénum après le mélange avec la bile; des vaisseaux absorbans s'en emparent également, et si, par une ligature on s'oppose au cours de la liqueur qu'ils charrient, ils se gonflent, deviennent considérables; en les incisant, on en retire un suc blanc, analogue au chyle, parfaitement semblable, à la sérosité près, à celui que fournit plus bas dans

(1) Voir ce que nous avons dit des vaisseaux absorbans chylifères et lymphatiques du foie, pag. 166 et suivantes.

l'intestin grêle, le même ordre de vaisseaux. S'il n'existe pas d'absorbans chylifères dans l'estomac, comment se fait-il que dans le cas d'une affection au pylore, d'un squirrhe qui en ferme exactement l'ouverture, et s'oppose à l'introduction de la moindre parcelle d'aliment dans le duodénum et à l'arrivée de la bile dans l'estomac, la nutrition continue cependant? Comment expliquer cette nutrition telle quelle, cette assimilation chez les individus qui présentent ces accidens pathologiques? Les gelées, les bouillons, au moyen desquels on soutient ces malades, ne laissent pas que d'être digérés et de fournir du chyle. Pourquoi, dès les premières voies, ces vaisseaux chylifères existeraient-ils, s'ils ne sont pas destinés, là comme ailleurs, à y recueillir le chyle? Pourquoi dès cet endroit voit-on apparaître à la surface du chyme cet élément nutritif, s'il n'a pas les qualités requises pour pouvoir être repris? Je conviens que ce ne sont encore que les parties les plus subtiles, les plus séreuses de ce liquide; mais dans ce premier travail de chylification, quel qu'il soit, quelle part la bile a-t-elle eue? Elle n'est versée que dans le duodénum, et ne remonte qu'accidentellement dans l'estomac; or, nous ne nous occupons que de l'état physiologique habituel d'une bonne santé et il est à remarquer qu'alors elle n'envahit pas cet organe et reste entièrement en dehors de ce qui s'y passe. Ce fait étant bien connu, bien établi, que, dans la cavité gastrique, la chylification s'opère indépendamment du fluide biliaire, je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas encore de même pour tout le reste de l'intestin; les caractères de cette fonction ne peuvent varier; les conditions de sa manifestation sont partout les mêmes; elle ne peut être un phénomène simple dans un endroit et compliqué dans un autre, ce qui en changerait l'essence et en dénaturerait le produit; or, nous savons que le chyle est partout le même, examiné dans les diverses portions de l'appareil digestif. L'existence de vaisseaux chylifères dans l'estomac étant bien démontrée, la séparation du chyle dès cette cavité ne peut plus être revoquée en doute; d'où il suit nécessairement que la présence de la bile n'est pas indispensable pour l'accomplissement de cette fonction, qu'elle n'est pas la condition *sine quâ non*, comme on offre de l'établir.

Ces diverses expériences font asssez voir combien on s'est mépris au sujet du fluide biliaire en le désignant comme l'*agent efficient de la chylification*. Si maintenant nous passons en revue les faits nombreux que nous fournit la pathologie du foie et de ces canaux excréteurs, si nous en étudions les phénomènes morbifiques dans leurs conséquences immédiates avec la digestion, que d'erreurs de plus on découvre dans la théorie, telle qu'elle existe, de l'importance de la bile.

MALADIES DU FOIE ET DE SES CANAUX EXCRÉTEURS, ENVISAGÉES SOUS LE RAPPORT DE SA SÉCRÉTION BILIAIRE ET DE SES EFFETS DANS L'ACTE DE LA DIGESTION.

CHAPITRE XII.

SOMMAIRE. De l'ictère. — Comment il s'explique chez l'enfant nouveau-né et chez l'adulte. — Maladies auxquelles il peut consécutivement donner lieu à ces deux époques de la vie. — L'ictère ne constitue quelquefois qu'une indisposition, et c'est l'état habituel de certains individus; voit-on qu'il soit chez eux un indice que la digestion ne se fait pas? — De l'action présumée que font éprouver à la bile les vaisseaux absorbans lorsqu'ils s'en chargent. — L'ictère est le symptôme des diverses maladies du foie et de ses canaux excréteurs. — C'est une affection grave lorsqu'elle tient à la désorganisation de ce viscère. — Agit-elle dans ses effets sur la digestion comme une lésion, un squirrhe du pylore?

Parmi cette foule de maladies que le foie est susceptible de contracter, je ne dois m'attacher qu'à celles qui, en définitive, ont pour résultat, soit un défaut de sécrétion de la bile, soit un empêchement au cours de ce liquide dans l'intestin; parce que, entre autres effets, elles doivent avoir sur la digestion une influence des plus marquées, et qu'il importe surtout de constater ici.

En rapportant sur ce genre d'affections des observations tant des auteurs anciens que des modernes, et quelques faits que j'ai recueillis, soit dans les hôpitaux, soit dans ma pratique, mon intention n'est pas non plus de donner leur histoire complète, mais seulement ce qui a trait à la sécrétion et à l'excrétion de la bile.

Comme il n'est presque pas de maladies du foie et de ses conduits excréteurs qui ne s'accompagnent d'ictère, c'est de ce symptôme dont j'aurai à m'occuper spécialement, puisque mon but est de faire voir que la bile n'est pas nécessaire, indispensable à la chylification, et que, selon les meilleurs auteurs, toutes les fois que la jaunisse se prononce, c'est un indice certain d'un embarras, d'un obstacle au cours de la bile dans l'intestin.

Ainsi donc, dans les différentes observations que je donnerai, c'est sur ce phénomène que je porterai plus particulièrement mon attention, eu égard aux conséquences qui en découlent sous le rapport de la digestion. Je signalerai également certains faits qui prouvent que le foie a pu être tout-à-fait désorganisé, complètement induré ou en suppuration, ou bien atrophié, et même qu'il a pu manquer, sans qu'il y ait eu interruption totale du travail digestif.

Comme on n'est pas encore bien fixé sur les causes qui produisent cette couleur jaune de la peau, et que ces causes varient à l'infini, je hasarderai quelques considérations sur la manière dont l'ictère se produit et dont il doit être expliqué, suivant qu'il se manifeste dans les premiers momens qui suivent la naissance, ou dans un âge plus avancé.

L'ictère chez les nouveau-nés n'est pas à proprement parler une maladie; il ne le devient qu'autant qu'il se prolonge au-delà d'un terme assez court, une quinzaine de jours. Il est presque constamment le résultat de l'engorgement du foie, et pour deux raisons principales : 1° la cessation brusque, instantanée des fonctions semblables à celles du poumon, que remplissait le foie à l'égard du sang de la veine ombilicale; 2° l'établissement de la digestion, et, par suite,

l'afflux vers cet organe de sucs nutritifs dont il ne peut se débarrasser complètement, engoué qu'il est du sang que lui a laissé la veine ombilicale.

Première circonstance : le fœtus pendant la vie intra-utérine se nourrit et se développe aux dépens du sang que lui envoie la mère par la veine ombilicale. On sait que cette veine en arrivant au foie s'y distribue d'une part en plusieurs branches, et de l'autre se continue sous le nom de canal veineux, et vient s'aboucher avec la veine cave ascendante près de son entrée dans l'oreillette droite ; de sorte qu'à cette époque l'organe hépatique sert réellement de diverticulum au sang, fait l'office du poumon. Mais au moment de la naissance, lorsque l'enfant a respiré, le mode de cette circulation change, et consécutivement ce viscère se trouve engoué du sang que lui transmet encore pendant quelques instans la veine ombilicale jusqu'à ce que la section du cordon soit pratiquée, laquelle se fait le plus souvent trop attendre. Le sang dont une grande portion était auparavant détournée du foie, le pénètre en entier (car la respiration une fois bien établie, toute communication directe de cet organe avec le cœur par le canal veineux cesse immédiatement), et ne pourra être repris que plus tard par les veines hépatiques. Mais pour que cette absorption puisse s'effectuer promptement et amener le dégorgement du foie, la condition essentielle serait que ce viscère fût quelque temps en repos, ce qui n'a pas lieu.

Du moment où la vie intra-utérine est terminée et que l'autre commence, il échange seulement ses fonctions et devient avec le nouvel ordre de choses un nouveau centre de fluxion pour les différens produits de la digestion, pour le sang veineux abdominal et le chyle qu'il est destiné à purifier, avant qu'ils n'atteignent, l'un la veine cave inférieure, l'autre le canal thorachique. Dans les premiers jours, ce travail ne pourra être que très difficile, imparfait, jusqu'à ce que le sang dont cet organe a été abondamment pourvu par les derniers jets de la veine ombilicale, vienne à être résorbé et à laisser un champ libre à cette double circulation du sang veineux abdominal et du chyle à travers le tissu du foie. Voilà pour ce qui concerne la suppression des fonctions semblables à celles du poumon, que remplit à cet âge l'appareil hépatique.

Seconde circonstance : du moment de la naissance commence pour l'enfant sa *vie* proprement dite, mais cette existence indépendante réclame impérieusement, pour se constituer, l'exercice de nouvelles fonctions, celle de la respiration et celle de la digestion.

C'est désormais dans les poumons que l'hématose va s'opérer par la présence de l'air atmosphérique et sur des liquides provenant du même individu. C'est dans le produit de la digestion et non plus comme tout-à-l'heure dans un sang tout préparé et emprunté à la mère, que l'enfant doit trouver les matériaux propres à recomposer ses organes ; il faut que lui-même travaille le sang qui doit le nourrir, qu'il se charge d'en réparer les pertes par la sécrétion d'une autre liqueur, le chyle, que lui fournissent les alimens en plus ou moins grande quantité.

Aussi l'estomac et tout l'intestin entrent-ils simultanément en fonction pour subvenir à ces nouveaux besoins. Le chyle, une fois formé, est immédiatement aspiré par les vaisseaux absorbans lactés et transmis au foie qui devrait lui faire éprouver une première élaboration en le dépouillant des principes qui servent à la sécrétion biliaire. Mais, comme je l'ai fait voir, l'appareil hépatique n'est pas alors dans les conditions convenables pour livrer passage aux sucs de la digestion et pour en séparer le matériaux de la bile qui s'y trouvent unis, puisqu'il est engorgé et de tout le sang de la veine ombilicale qui a reflué en entier vers lui, et de celui que ne cesse de lui apporter le système veineux abdominal alors en pleine activité.

Le chyle sort donc du foie à peu près tel qu'il y était entré, sans avoir abandonné les élémens de bile qu'il contient. Dans cet état, il est repris par les absorbans de ce viscère et de là porté dans le réservoir de *Pecquet*, où il passe dans le canal thorachique, se mêle à la lymphe, et contribue à la recomposition du sang.

Sous cette dernière forme il pénètre le poumon, reçoit le contact de l'air, de veineux devient artériel, mais il conserve ses caractères bilieux ; enfin il se jette en cet état dans le cœur, et arrive ensuite à tous les tissus auxquels il communique une teinte jaune.

Le concours de ces deux circonstances explique dans la généralité des cas comment l'ictère se produit chez les nouveau-nés, comment il disparaît peu à peu à mesure que le foie moins engoué se laisse mieux imprégner par le chyle, et que consécutivement la sécrétion biliaire est plus complète.

Aussi considère-t-on cette affection, tant qu'elle est bornée et qu'elle suit une marche régulière, plutôt comme une indisposition que comme une maladie. Mais après un certain temps, si l'ictère persiste, on ne peut plus l'envisager sous ce point. Il rentre alors entièrement dans le domaine pathologique, et doit être comparé, si ce n'est dans ses causes, au moins dans ses effets, à celui qui se manifeste chez l'adulte.

Ce qui constitue surtout une différence entre ces deux ictères, c'est que la bile qui produit ces accidens est loin d'être la même à ces deux temps de la vie ; c'est qu'elle est bien moins active dans les premiers jours qui suivent la naissance, le lait de la mère étant une nourriture douce, aqueuse, et dont le chyle conséquemment est beaucoup moins chargé de principes biliaires. A cette occasion, je ferai encore remarquer que, parmi les enfans, ce sont principalement ceux qui sont confiés à des nourrices qui présentent les phénomènes de la jaunisse, et la raison toute simple en est que chez eux le lait n'est pas approprié à l'état du nouveau-né, n'est pas séreux comme il l'est chez la mère qui nourrit, mais au contraire est épais, butyreux, fournissant un chyle trop substantiel et sur lequel le foie, dont les fonctions ne sont nullement en rapport d'énergie avec les forces digestives, ne peut avoir une action suffisante pour le dépurer, le priver de ce qu'il a en excès.

On ne peut nier que la turgescence sanguine du foie ne soit la cause prochaine de l'ictère chez les enfans nouveau-nés (1). Cette affection se montre particulièrement chez

(1) Cependant cette turgescence sanguine qui amène l'ictère ne peut pas toujours être attribuée à la suspension

ceux qui viennent au monde avec le corps et le visage d'un rouge foncé. Cette remarque a été faite par Morgagni sur ses propres enfans. On rencontre cette turgescence du foie chez la plupart de ces petits êtres qui succombent peu d'instans après leur entrée dans la vie, à moins qu'ils n'aient été victimes d'une hémorragie du cordon.

L'organe hépatique se présente comme une masse spongieuse dont la plus légère pression fait sortir une grande quantité de sang qui, à lui seul, remplit toutes les mailles du tissu. Mais si la mort ne survient qu'au bout de quelques jours, et lorsque les fonctions digestives avaient pu s'établir, outre sang dont il regorge, le foie contient des sucs de différente nature. Si on l'incise, on en voit suinter de la bile, de la lymphe, et un liquide moins séreux, blanchâtre, qui ne peut être que du chyle qu'y ont déposé les vaisseaux absorbans lactés. En définitive, l'ictère reconnaît pour cause première, chez les nouveau-nés, l'engorgement sanguin du foie, d'où résulte le défaut ou la difficulté de l'établissement de la sécrétion biliaire, et consécutivement l'introduction dans l'économie des principes qui devaient servir à la composition de ce liquide.

On conçoit que si cet état a quelque durée, la mort pourra s'ensuivre par les raisons que j'ai indiquées plus haut. On s'expliquera pourquoi, dans cette occurrence, le chyle devient peu propre à réparer le sang, et consécutivement pourquoi les sources de la vie ne tardent pas à s'épuiser. Si à cet âge la jaunisse ne se termine pas promptement par la mort, ou ne marche pas vers la résolution, si elle reste opiniâtre, elle peut être cause des différentes congestions du foie, tant sanguines que lymphatiques; elle peut amener son inflammation, déterminer plus tard l'obstruction, l'induration, la suppuration, ou bien encore la dégénérescence adipeuse, le volume excessif de cet organe. Et il n'est pas rare non plus que, de proche en proche, les autres viscères de l'abdomen, et surtout ceux qui appartiennent au système de la veine-porte ne deviennent le siége d'empâtemens plus ou moins considérables. Les glandes mésentériques sont souvent frappées de désorganisation, affection désignée sous le nom de *carreau*. Cette dernière maladie moissonne une grande partie des enfans échappés aux accidens de la jaunisse; et cela se concevra facilement, si l'on réfléchit aux liens nombreux qui unissent ces glandes avec le foie, et aux fonctions éliminatrices qu'elles partagent avec lui dans la digestion.

L'ictère qui survient chez l'adulte est bien moins circonscrit dans ses causes. Cependant, quelque nombreuses qu'elles soient, elles agissent toutes, soit en empêchant, dénaturant la sécrétion de la bile, soit en s'opposant au libre écoulement de ce liquide à travers ses canaux et et dans l'intestin.

Dans le premier cas, l'ictère se manifeste parce, que la séparation de la bile est incomplète, ou ne se fait en aucune manière; le plus souvent à la suite de l'inflammation de l'organe hépatique, d'où résulte son engorgement, et, si la maladie persiste, l'obstruction, l'induration et la suppuration de ce viscère.

Au début de l'ictère, et lorsqu'il n'a pas une longue durée, il n'y a le plus ordinairement qu'un simple engorgement sanguin de ce viscère. Dans cette circonstance, la couleur jaune de la peau se produit, parce que les matériaux de la bile sans cesse apportés avec le chyle et par le système de la veine-porte à l'organe hépatique y séjournent. Celui-ci, engoué de sang, ne peut opérer sa sécrétion ou ne la fait que très-imparfaitement, et se laisse pénétrer de cette bile à l'état élémentaire qui finit par être reprise par les deux ordres de vaisseaux absorbans du foie, et peut-être aussi par ses veines, et de là est portée dans le torrent de la circulation. Toutefois il est constant que la bile se rencontre aussi bien dans les vaisseaux lactés que dans les lymphatiques. Les uns et les autres ont été trouvés excessivement dilatés et remplis d'un liquide jaune, épais, au lieu d'être blanc et séreux comme il l'est à l'état normal. L'union du fluide biliaire avec le sang, sa présence dans les veines ne peuvent non plus être contestées; pour qui a saigné des malades atteints d'ictère, il ne peut y avoir le plus léger doute à cet égard.

Dans l'ouvrage de Morgagni, *de Sedibus et causis morborum*, epist. XXXVII (traduction de Désormeaux), page 518, il est rapporté que « *Van Helmont* vit dans les veines mésentériques de deux ictériques un liquide qui lui fit imaginer *qu'un virus excrémentitiel, ou un sang jaune et stercoral, ou un excrément liquide, jaune, fruit de la seconde digestion, étant entraîné de nouveau contre nature dans les veines, et dispersé dans tout le corps*, était la cause de l'ictère; tandis, ajoute Morgagni, que c'est la bile qui, n'étant pas sécrétée en proportion convenable, soit à cause de sa quantité, soit à raison d'un vice du foie, finit quelquefois par être surabondante dans le sang, au point que celui que l'on tire de la veine et l'urine qu'on rend alors, paraissent tout-à-fait semblables, et cela non-seulement sur les sujets qui doivent mourir, mais encore dans certains cas sur ceux qui doivent guérir. » Ce n'est que par la voie de la circulation que peut s'expliquer le passage de la bile dans tous les fluides et tous les systèmes de l'économie. C'est ce qui fait que les tissus les plus serrés, les plus secs, les plus compactes, comme les moins organisés, ainsi les nerfs, le cerveau, les tendons, les cartilages, les os mêmes prennent à la longue par l'effet du renouvellement organique, une couleur jaune, de même que la garance leur communique une teinte rouge. C'est encore de la même manière que, sous l'influence de l'ictère, les humeurs de l'œil, aussi bien que ses membranes, se colorent en jaune, et même très promptement, et que les individus voient assez souvent les objets de cette couleur. Cette opinion est celle d'Hoffmann et des anciens. Baglivi avait également observé que chez un ictérique il ne s'écoulait des narines et des endroits où l'on avait appliqué des ventouses scarifiées, qu'une eau jaune au lieu de sang. Ces faits prouvent incontestablement le passage de la bile dans le sang.

Lorsque la jaunisse a une plus longue durée, elle est le symptôme d'une lésion plus profonde du foie; dans ce cas, elle a souvent pour cause une obstruction considérable des pores et des vaisseaux biliaires, jointe à un épaississement de

de la circulation fœtale. Cet engorgement peut être, chez l'enfant naissant comme chez l'adulte, le résultat direct de l'inflammation du foie, après une répercussion de la transpiration, par exemple, ou consécutivement à une gastro-duodenite violente.

la bile elle-même qui l'empêche de fluer dans l'intestin. Le volume excessif du foie, sa densité, son induration, sa dégénérescence, sa suppuration, son atrophie peuvent aussi produire les mêmes accidens.

La bile n'étant plus sécrétée ou restant stagnante, il arrive alors qu'elle se trouve mêlée, ou au moins les matériaux qui la constituent, avec le sang, et parcourt avec lui l'économie, soit parce qu'elle est reprise dans le foie, soit parce qu'elle est absorbée par les vaisseaux lymphatiques et veineux les plus proches et notamment par ceux qui viennent de l'intestin. Il peut se faire aussi que la sécrétion de la bile s'opère bien, et qu'elle soit absorbée en même temps qu'elle est produite dans l'organe qui la prépare, en vertu d'une sensibilité, d'une énergie particulière du système absorbant.

Dans le second cas, lorsque l'ictère reconnaît pour cause un obstacle mécanique, le foie peut être parfaitement sain, et la bile continuer à être séparée; mais son excrétion est devenue impossible, parce que les canaux excréteurs de ce liquide sont fermés exactement par des calculs, ou bien parce que ces mêmes conduits sont comprimés, soit par des vaisseaux sanguins très dilatés, soit par une tumeur squirrheuse formée dans les environs. Quelquefois aussi des spasmes, des constrictions portant sur ces canaux, l'épaississement de leurs membranes qui les convertit en de véritables cordons ligamenteux, peuvent avoir le même résultat. De sorte que la bile, non plus comme tout-à-l'heure, à l'état élémentaire, mais à mesure qu'elle est formée, ne trouvant plus à se faire jour par l'intestin, en raison de l'empêchement qu'elle rencontre sur son passage, est obligée de refluer d'abord dans la vésicule cystique, puis dans le foie lui-même, et de là, par la voie des absorbans, elle pénètre dans le canal thorachique, vient se mêler au sang et parcourt avec lui les différens organes de l'économie.

Cependant voit-on que ces divers ictères, quelles qu'en soient les causes, aient immédiatement suspendu tout phénomène digestif. N'est-il pas des individus qui sont ictériques presque depuis leur naissance; a-t-on jamais prétendu que chez eux la nutrition ne se faisait pas? Leur existence en serait le démenti le plus formel, quoiqu'il soit vrai de dire que chez eux l'existence est chétive, incomplète, représente un état maladif perpétuel, les fonctions digestives dans leurs résultats éloignés ne s'exécutant pas toutes avec la même régularité que dans un état de santé parfaite.

Néanmoins ces individus vivent, parce qu'il n'est pas *nécessaire* que la bile soit versée dans l'intestin et se mêle à l'aliment pour que la chylification s'opère, et nul doute que chaque fois que la jaunisse se déclare, ce ne soit un indice certain que la bile détournée de son cours habituel ne s'épanche plus ou n'arrive qu'en très petite proportion dans le duodénum et par conséquent reste étrangère à ce qui s'y passe; car s'il en est autrement, si l'on admet que cette liqueur continue à se rendre dans l'intestin, je ne vois pas ce qui peut causer et entretenir la couleur jaune de la peau, à moins qu'on ne veuille (ce qui me paraît très contestable) que le fluide biliaire soit absorbé dans l'intestin lui-même, mais encore, s'il y a erreur de fonction dans les lymphatiques et les chylifères de ce viscère, cette erreur ne peut être que complète, c'est-à-dire que l'absorption du fluide doit être entière, fût-il sécrété en grande quantité; et, conséquemment, même difficulté pour s'expliquer comment la digestion s'effectue sans le concours de ce menstrue.

L'autopsie n'a point non plus, que je sache, montré que chez les individus qui ont succombé atteints d'ictère, la bile se soit trouvée dans l'intestin.

Le fluide biliaire, comme toutes les liqueurs excrémentitielles, peut affecter une marche contraire à celle qu'il suit ordinairement, et par là même provoquer différens accidens, mais analogues à ceux des autres *excreta*, peut-être un peu plus graves, parce qu'il est plus acrimonieux. Est-ce à dire, pour cela, que l'effet le plus direct de cette aberration porte sur un des actes les plus importans à la conservation de la vie, sur la chylification qu'il suspendrait ou rendrait impossible? Il s'en faut qu'il en soit ainsi; ce que l'on a tout au plus observé, c'est qu'elle est moins active, par la soustraction d'un liquide aussi excitant.

Pour que la bile puisse circuler sans danger dans les tissus, sans les frapper immédiatement de mort, il est plus que probable que les vaisseaux lymphatiques qui s'en chargent lui font éprouver dans leur trajet une sorte d'élaboration qui la rend moins nuisible, en la dépouillant de quelques-uns de ses principes, puisque, introduite dans l'économie par cette voie, sa mise en contact avec les organes est loin d'amener les résultats fâcheux que ne manque pas de produire son épanchement dans la cavité du péritoine, par suite de la rupture de la poche qui la contient. On peut en dire autant de tous les *excreta* qui, repris par les vaisseaux absorbans, semblent perdre de leurs qualités malfaisantes, et se trouvent mêlés avec le sang, sans de grands inconvéniens; tandis que s'ils s'échappent de leurs réservoirs, ils occasionent promptement la mort; c'est ce qui nous autorise à croire que le système absorbant est susceptible de devenir, dans certains cas, un appareil de dépuration décomposant les liqueurs qu'il charrie.

On sait que les principes de l'urine se trouvent dans le sang des animaux chez lesquels on a fait l'ablation des reins.

N'arrive-t-il pas aussi que chez l'homme, dans certaines maladies, cette anomalie se présente, et n'est pas toujours mortelle? Dans d'autres circonstances, lorsque la transpiration cutanée est nulle, les élémens qui constituent la sueur ne viennent-ils pas se déposer à la surface d'autres organes excréteurs? Ceci prouve la solidarité de ces organes entre eux. C'est à leur faculté de se remplacer que sont dus en général les dérangemens moins fréquens de la santé. Les individus chez lesquels cette faculté ne se montre pas, ou est très peu marquée, sont bien plus exposés dans leur existence; il suffit chez eux qu'une sécrétion un peu importante soit interrompue, ou ne se rétablisse pas promptement, pour que sur le champ l'organisme en souffre, et que successivement les phénomènes de la vie s'curaient et s'éteignent. Telle est la raison pour laquelle l'ictère est, avec le même concours de circonstances, une maladie très grave, mortelle, dès la première fois, chez certains individus, tandis que chez d'autres il se répète plusieurs fois et se termine toujours heureusement; à peine même si on y fait quelque attention, tant cet état est habituel.

Ainsi donc, que l'ictère résulte d'une aberration du cours de la bile, ayant son siége soit dans le parenchyme du foie, soit dans les vaisseaux absorbans lymphatiques ou chylifères, ou bien encore qu'il ait pour cause un obstacle mécanique dans un lieu quelconque, cette affection n'est jamais une maladie dangereuse, tant qu'elle est simple, mais elle le devient lorsqu'elle se prolonge, qu'elle est précédée ou suivie d'inflammations vives, et surtout lorsqu'elle s'annonce comme le symptôme d'une lésion profonde, désorganisatrice. On a vu tour-à-tour les phénomènes de la jaunisse être produits, entretenus plusieurs mois par l'engorgement sanguin du foie, l'épaississement de la bile, l'obstruction consécutive des pores biliaires, principalement de ceux qui forment le conduit hépatique, par la présence de calculs dans ce conduit et dans le cholédoque, et tout-à-coup ces phénomènes disparaitre quand on s'y attendait le moins, par la résorption subite de l'engorgement, ou quand les calculs engagés dans le canal commun avaient franchi l'intestin, comme on en acquérait la certitude quelques jours après, en les trouvant dans les selles. Cependant, dans l'intervalle quelquefois assez long que ces pierres mettaient à parcourir le trajet du foie au duodénum, on n'a pas observé sur les individus qui les présentaient que les digestions, bien que moins promptes, moins régulières, fussent nulles; et il est constant que, dans ce cas, la bile ne passait plus, ni en totalité, ni en partie, dans l'intestin : la grosseur vraiment extraordinaire de certains de ces calculs en démontre l'impossibilité; on en a rencontré qui égalaient en volume une noix. Le canal cholédoque s'est offert, à Lieutaud, excessivement dilaté, aussi ample que le pouce. Des faits pareils sont encore consignés dans les *Mémoires des curieux de la nature.*

Parmi les symptômes qui peuvent mettre sur la trace de cette affection calculeuse, la faire soupçonner, on remarque que les malades se plaignent de coliques, de tiraillemens, de pincemens à l'épigastre, au-dessous de l'appendice xiphoïde; parfois de douleurs violentes au pourtour de l'ombilic et dans l'hypochondre droit; les digestions sont lentes, la conjonctive et la peau sensiblement jaunes, les urines rouges, bourbeuses, s'attachant au vase; les excrémens blanchâtres, durs, sont rendus avec effort; la soif est vive, le pouls plein, fréquent, assez souvent serré, concentré dans le temps de la douleur. Le moral est généralement triste, l'hypochondrie, la mélancolie, le dégoût de la vie, et plus ordinairement la crainte de la mort se manifestent avec tout le cortége de la perversion de la sensibilité.

La plupart de ces derniers symptômes accompagnent presque toutes les maladies du foie; seulement à ces signes viennent se grouper ceux qui sont relatifs à chaque genre d'affection de cet organe, et qui en désignent plus particulièrement l'endroit, la portion qui est lésée; mais, en somme, on ne voit pas que le caractère essentiel des lésions de l'appareil hépatique porte sur la digestion, la suspende entièrement, quoique, à vrai dire, elle soit alors moins active; et cela s'explique naturellement, si l'on fait attention à l'état de souffrance du malade, au manque d'excrétion biliaire qui a lieu chez lui; de telle sorte qu'une liqueur toute excrémentitielle qui était destinée à être rejetée complètement au dehors, s'introduit dans l'économie, et, par sa présence, trouble le travail digestif aussi bien que toutes les autres fonctions. Mais, je le répète, dans l'énoncé de ces symptômes, où voit-on que la nutrition ne s'opère pas; où trouve-t-on les phénomènes d'une cachexie par défaut de nutrition, par exemple, phénomènes qui devraient se produire si, comme on le dit, l'absence de bile dans le duodénum arrêtait la confection de la chylification? Car en raisonnant dans l'hypothèse que le fluide biliaire est non seulement utile, mais indispensable pour obtenir la séparation du chyle, toute cause susceptible d'empêcher l'arrivée du premier de ces liquides devrait avoir pour effet nécessaire, prochain, immédiat, de suspendre entièrement la digestion, comme cela a lieu lorsque l'aliment ne peut s'engager dans l'intestin grêle, retenu par l'engorgement squirrheux du pylore qui lui fait obstacle; car quoique les circonstances soient différentes, le résultat ne peut cependant qu'être absolument semblable, c'est-à-dire que la nutrition doit être impossible dans les deux cas, puisque, dans l'un, la bile interceptée dans son cours ne peut contribuer à extraire de l'aliment sa partie nutritive, et que, dans l'autre, l'aliment ne peut atteindre l'endroit où la bile se mêle à lui, pour lui faire subir son action; ce qui revient tout-à-fait au même pour les conséquences. Il s'en faut cependant beaucoup que l'événement justifie cette théorie. Cette indentité de résultats est bien loin d'être confirmée. En effet, si par des expériences comparatives faites sur deux animaux, on essaie de représenter autant qu'il est possible, ces deux circonstances, sous le rapport de la digestion, en liant chez l'un l'estomac près de l'ouverture pylorique, et le canal cholédoque chez l'autre, on voit que chez celui où la bile n'arrive plus dans l'intestin, la nutrition ne s'opère pas moins, tandis que l'autre animal dépérit de jour en jour, la surface assimilatrice de l'estomac n'étant pas assez étendue, suffisante pour la réparation de ses pertes. Cette différence implique contradiction; elle prouve combien on s'est mépris, en exagérant l'importance de la bile dans l'acte de la chylification.

CHAPITRE XIII.

Ce dernier chapitre sera consacré à rapporter plusieurs observations d'ictère; comme ce phénomène, ai-je dit, n'est qu'un symptôme des différentes maladies de l'appareil hépatique, on conçoit que les exemples que j'en donnerai seront très-variés dans leurs causes.

Ire CLASSE.

DE L'ICTÈRE AYANT SON SIÉGE DANS LES CANAUX EXCRÉTEURS DE LA BILE.

§ Ire. OBSERVATIONS D'ICTÈRES *produits par la présence de calculs dans les canaux biliaires.*

Observation Ire. En 1828, M. L***, à qui je donnais des soins, était depuis longtemps en proie à des coliques atroces, avec pincemens à l'épigastre, douleurs erratiques à l'épaule droite, mouvement fébrile le soir. La peau et les yeux étaient jaunes, les digestions languissantes, mettant quelquefois plus de six heures avant d'être achevées. Tous les moyens conseillés en pareil cas avaient été infructueux, lorsque, sur mon avis, il fit plusieurs courses dans une voi-

ture non suspendue, où tous les cahots retentissaient vers le ventre. Un jour qu'il faisait cette promenade, il éprouva une crise des plus violentes qui dura près d'une demi-heure et fut instantanément suivie de l'absence de toute douleur. Cet état de bien-être inexprimable, après une longue souffrance, continua, et deux jours après, le malade rendit avec ses excrémens un calcul de la grosseur d'une aveline, arrondi et d'un vert foncé. Immédiatement après il eut plusieurs évacuations de nature bilieuse, et la peau, ainsi que les yeux, perdirent peu à peu leur couleur jaune. Le caractère sombre, chagrin de M. L***, ses idées tristes, de mélancolie, de suicide, sa grande susceptibilité nerveuse disparurent aussi très-promptement et firent place à une satisfaction tout à la fois physique et morale, attribut d'une bonne santé, qui consiste dans l'exécution complète, régulière de toutes les fonctions. Depuis trois ans, M. L*** a eu quelques prodrômes d'ictère, mais très légers et qui se sont dissipés chaque fois après avoir rendu plusieurs concrétions biliaires, mais d'un volume bien inférieur au premier calcul. Jamais sa digestion n'a été complètement suspendue.

Observation 2e. Un enfant vint au monde avec une jaunisse intense, il pleurait continuellement et poussait de hauts cris. Les potions adoucissantes et anodines, les onctions et fomentations, les lavemens, les bains de même nature ne peuvent le calmer, la jaunisse fut des plus intenses. L'enfant mourut le vingt-cinquième jour de sa naissance.

On se convainquit, par l'ouverture du corps, que les viscères étaient sains, à l'exception du foie, qui était plus gros qu'il n'est même à cet âge. Il était d'un rouge violet et sa substance très ramollie. Les canaux biliaires et surtout la vésicule du fiel contenaient plusieurs calculs de bile; il y en avait un dans le canal cholédoque, à son insertion dans le duodénum, calcul qui était du volume d'un pois ordinaire. (Lieutaud, — Portal, page 125.)

S'il est vrai que la plupart des malades qui ont des calculs biliaires ont ordinairement une digestion longue, pénible; s'ils ont quelquefois de l'inappétence, ils ont d'autres fois, selon la remarque qu'en fait même Portal, « un appétit dévorant, éprouvant de la faim peu de temps après avoir mangé; leur estomac est, comme on le dit, capricieux. » Et afin qu'on ne puisse pas se méprendre sur le genre de calculs auxquels cet auteur fait allusion, il ajoute : « que la jaunisse et les accidens qui l'accompagnent, surviennent surtout quand ces calculs sont dans les conduits hépatique et cholédoque. » Comment concilier une telle énergie digestive avec l'absence de la bile dans l'intestin?

Il est bon aussi de noter que les malades qui font le sujet de ces observations ont vécu un temps quelquefois assez long, entre le moment de l'apparition de l'ictère et celui où la mort est survenue; quelquefois six semaines, assez souvent plusieurs mois, et même des années se sont écoulées pendant cet intervalle. C'est ce qu'attestent les faits suivans, recueillis par les auteurs les plus recommandables.

Observation 3e. Selon Coïter, une femme fut délivrée d'une jaunisse très incommode et de très longue durée, en rendant un calcul avec les excrémens.

Observation 4e. Haller dit qu'Alberti observa souvent qu'après un ictère de longue durée, des calculs avaient été rejetés et suivis de débordement de bile.

Observation 5e. Malpighi rapporte qu'une dame rendit une pierre après de grandes douleurs et *une longue* ictéricie.

Observation 6e. Ruysch, le célèbre anatomiste, a conservé un calcul qui provenait de la vésicule du fiel et qui fut extrait par l'anus.

Observation 7e. Enfin le même auteur (page 635, epist. 37e) rapporte d'après Heister « qu'on trouva dans une femme sujette aux douleurs de colique hépatique, et qui était morte après avoir rendu, à différentes fois, par les selles, des concrétions biliaires, un calcul dans la vésicule du fiel, qui était gros comme un gland de chêne et très jaune; et ce qu'il y eut de remarquable, c'est que l'ouverture du canal cholédoque dans l'intestin duodénum fut rencontrée si ample, qu'on eût pu y introduire le petit doigt; il avait sans doute été dilaté par quelques gros calculs biliaires. »

Je rappelle cette observation, parce qu'il me paraît impossible que, pendant le temps nécessaire à une telle dilatation du conduit commun, il ne se soit pas produit des symptômes de jaunisse, et que la bile ait pu continuer à être versée dans l'intestin.

Nicolaï, Duverney, Trew, Kniphof ont vu également des exemples d'une ampleur excessive du canal cholédoque. Lieutaud l'a trouvé aussi gros que la veine-porte.

Indépendamment des calculs qui, engagés dans les conduits biliaires, sont une des causes les plus fréquentes de l'ictère, il arrive quelquefois que cette affection est produite par des vers et par la bile elle-même qui s'épaissit, devient concrète, et agit à la manière d'un corps étranger en s'opposant à l'écoulement de la bile dans l'intestin.

§ II. Ictères *occasionés par la présence de vers qui se sont introduits du duodénum dans le canal cholédoque.*

On ne connaît que deux faits de ce genre, l'un de Lieutaud, et l'autre de Wiérius. Je rapporterai en détail celui de Lieutaud.

Observation 1re. Un enfant de quatorze ans est atteint d'une fièvre aiguë, avec des tranchées (tormina); la salive coule abondamment, le ventre s'enfle et surtout l'hypocondre droit; la face et les yeux prennent une teinte jaune. Les cardialgies surviennent, le pouls devient inégal, la matière des selles est *blanche*, et enfin, au milieu des douleurs les plus atroces, des convulsions enlèvent ce jeune malade. Le foie était augmenté de volume, il était de couleur jaune. La vésicule du fiel était très gonflée par la bile qu'elle contenait. Il s'était insinué, dans le canal cholédoque, un long ver lombric. L'estomac et les intestins contenaient aussi des vers. (Lieutaud, lib. 1, observ. 907.)

Une fois, en disséquant un enfant de 5 à 6 ans atteint d'ictère, je trouvai le duodénum dans sa seconde portion, à l'embouchure du canal cholédoque, tapissé, pour ainsi dire, de vers lombrics; la vésicule du fiel était remplie d'une bile épaisse et poisseuse. Les conduits biliaires étaient très dilatés, et ni l'estomac, ni aucune portion de l'intestin ne me présentèrent la moindre trace de bile. J'étudiais la névrologie sur ce sujet. J'ai regretté beaucoup de n'avoir pu

me procurer l'observation de la maladie à laquelle il avait succombé.

§ III. Ictères *causés par l'épaississement de la bile.*

Observation 1re. Un enfant ictérique depuis sa naissance, meurt au bout de quatre ans, du carreau, avec phthisie pulmonaire au troisième degré. Appelé pour en faire l'ouverture, je trouvai les poumons farcis de tubercules, les uns ramollis, les autres en pleine suppuration, surtout au sommet des poumons. Dans la cavité abdominale, désordres aussi graves et de la même nature. Il s'écoule trois à quatre livres d'une sérosité floconneuse. L'épiploon est induré ou en putrilage. Quelques glandes du mésentère qui ne sont pas fondues forment des tumeurs encéphaloïdes. Le foie a un volume extraordinaire et un aspect lardacé; hydatides en certains endroits de sa surface, la vésicule et les canaux biliaires sont remplis d'une bile épaisse, ressemblant à du fromage jaune, pas plus fluide. Les vaisseaux lymphatiques et chylifères sont très gros. Quelques-uns ont le diamètre d'une plume et contiennent une liqueur plastique d'un blanc jaunâtre. Dans cette circonstance, le foie a été le premier organe engorgé et le point de départ des désorganisations qui sont survenues tant dans la poitrine que dans le ventre.

Observation 2e. Ettmüller rapporte que chez un ictérique de Leipsick, la partie basse du canal commun était entièrement obstruée par une pituite visqueuse, au point qu'après que ce méat eut été coupé, il ne s'écoula même pas une goutte de bile, parce que le liquide retenu en cet endroit était extrêmement épais et tenace. (Morgagni, epist. 37.)

Observation 3e. En disséquant le corps d'une personne morte d'hydropsie de poitrine, ayant la jaunisse, Portal (*Maladies du foie*, page 74) trouva que le foie était très dur et gonflé précisément à l'endroit où sort le canal hépatique pour se rendre au cholédoque. Le conduit hépatique était plein d'une bile si concrète, qu'il ne put y introduire le plus petit stylet, et il vit que divers conduits biliaires de l'intérieur du foie qui y aboutissaient étaient également pleins, et dans une grande étendue de cet organe; cette bile était tellement concrète, qu'elle paraissait pierreuse.

A raison des obstacles que trouve la bile à s'épancher dans l'intestin, il arrive assez souvent que les canaux hépatique, cystique et cholédoque jusqu'aux pores biliaires, sont extraordinairement gonflés, injectés de bile, et, par suite la vésicule du fiel est quelquefois si tuméfiée, qu'elle forme une grosse tumeur. On dit l'avoir rencontrée aussi volumineuse que la tête d'un enfant, d'un homme; elle contenait plus de deux pintes, au rapport de J. Andrée, et occupait toute la région inférieure du bas-ventre.

Dans les *Actes d'Édimbourg*, il est fait mention de la vésicule du fiel d'un enfant de douze ans, qui renfermait huit livres de bile; et même si l'on en croit Van Swieten, (*Commentaires sur Boerhaave*), cette poche contenait dans une autre circonstance jusqu'à huit pintes de ce liquide.

§ IV. L'ictère *peut dépendre de la constriction spasmodique des conduits biliaires, et principalement du canal commun. Cet effet a lieu particulièrement à la suite des affections morales.*

On trouve dans la thèse de M. Manoury (*Essai sur la jaunisse*. Paris, 1813), une explication très satisfaisante de la manière dont l'ictère spasmodique se produit après une impression, soit subite, soit lente de l'âme. Il établit plus particulièrement que l'épigastre est un des foyers principaux de la sensibilité, et que de ce centre les impressions s'irradient aux organes de la digestion.

Je citerai, d'après Morgagni, deux exemples de semblables ictères (*Epist.* 37e, tome 5, page 603).

Observation 1re. Le célèbre médecin Aurélius Palazzoli raconte que la cause insurmontable de l'ictère dont mourut Mauroceni, sénateur et historien de Venise, était la constriction des voies biliaires, puisque les parois du conduit par lequel la bile se porte surtout aux intestins, étaient réunies.

Observation 2e. L'autre fait est de George Maurer, où il est dit qu'un homme, après une violente commotion de l'âme, qui dura long temps, devint ictérique; il succomba à une inflammation subite de la gorge et des poumons. A l'autopsie, on trouva l'orifice du canal cholédoque et ce canal tout entier tellement oblitérés et rétrécis, qu'ils ne permettaient plus le passage à un stylet extrêmement délié, et bien moins encore à une petite goutte de bile.

Il est mention dans cette observation que chaque fois que la couleur jaune de la peau se manifestait, les déjections alvines étaient blanchâtres, lentes et difficiles; mais il n'y est nullement question que, par l'effet de l'ictère, la digestion ait été suspendue.

§ V. Ictères *par conformation vicieuse du canal cholédoque.*

Observation 1re. Stoll a vu le conduit commun cartilagineux.

Observation 2e Cabriole relate qu'une ictéricie fut occasionée par la mauvaise conformation de ce canal, consistant en ce que son extrémité, tournée du côté du foie, était fort évasée, tandis que son ouverture dans l'intestin était capillaire.

L'obstacle au cours de la bile, qui cause l'ictère, peut résister en dehors du foie et des conduits biliaires. Il peut être produit par une tumeur formée dans les environs des canaux excréteurs et qui pèse sur eux, en rétrécit parfois singulièrement l'ouverture, la ferme même complètement: ainsi les tumeurs du mésentère, de l'épiploon gastro hépatique, le squirrhe du pylore, du pancréas surtout, s'ils sont considérables, peuvent s'opposer au libre écoulement de la bile dans le canal digestif. La dilatation excessive de la veine-porte, qui indique l'embarras qu'éprouve ce tronc veineux à se dégorger dans le foie et à lui fournir les matériaux de la bile, peut encore être cause de la jaunisse, par le défaut de sécrétion biliaire.

Je rapporterai divers exemples de chacune de ces circonstances.

§ VI. Ictère *produit par des tumeurs indépendantes du foie et de ses canaux excréteurs.*

Observation 1re. Un homme est atteint d'une maladie dans un testicule, qui en exige l'extirpation. On l'opère ; mais il survient quelque temps après des douleurs de coliques, d'abord légères et fugaces ; puis elles deviennent fréquentes, plus longues et plus vives. La jaunisse paraît ; elle se montre de plus en plus intense ; enfin le malade succombe à la fièvre lente et au dévoiement.

A l'autopsie, on découvrit qu'il y avait dans le duodénum une tumeur squirrheuse qui comprimait le canal cholédoque ; cause bien suffisante pour produire la jaunisse. (Portal, *Maladie du foie*, page 127.)

Observation 2e. Chez un autre malade qui avait éprouvé depuis longtemps des coliques cruelles et une jaunisse des plus intenses, on trouva à l'ouverture du corps que la portion du mésentère qui forme une espèce de sac triangulaire dans lequel l'intestin duodénum est logé, contenait une concrétion stéatomateuse qui y était adhérente et comprimait le canal cholédoque de manière que la bile n'avait pu le pénétrer pour couler dans le duodénum.

Les canaux hépatique et cystique, ainsi que la vésicule du fiel, étaient très tuméfiés par la bile ; le premier était gros comme le doigt, et les deux autres comme une grosse plume à écrire ; les parois de la vésicule, plus ample que le poing, étaient plus épaisses que dans l'état naturel. (Même auteur, page 128.)

L'inflammation peut pareillement amener le gonflement des glandes duodénales et déterminer la jaunisse en s'opposant à l'écoulement de la bile dans l'intestin. La veine-porte, comprimée de la même manière par une tumeur, peut présenter une dilatation considérable et devenir cause de l'ictère, par l'interception de la circulation du sang à travers le foie.

IIe CLASSE.

De l'Ictère provenant d'une maladie du foie.

Cette classe est la plus étendue et la plus variée dans ses causes ; elle comprend toutes les affections de l'organe hépatique qui ont pour but d'altérer, de vicier, de paralyser ou rendre nulle la sécrétion biliaire. Ainsi, l'inflammation, la suppuration, l'hypertrophie, l'induration, la dessiccation l'atrophie, la gangrène du foie, sont autant de causes de la jaunisse. Si, quelquefois, dans les observations suivantes, il n'est pas fait mention de ce symptôme, c'est souvent par pur oubli de la part des auteurs qui nous les ont transmises : en effet, si on ne rencontre pas toujours dans les maladies du foie, comme une de leurs conséquences inévitables, la couleur jaune, safranée, ictérique, cependant la peau ne manque jamais de présenter une teinte particulière autre que celle de l'état normal ; ainsi, elle est plus foncée, rougeâtre, livide ou verdâtre ; cela arrive, surtout, lorsque la sécrétion de la bile est altérée, viciée dans sa composition : alors la couleur de la peau n'est plus aussi franchement ictérique.

§ I. Ictère *par suite de l'inflammation du foie.*

A la suite d'une imprudence (s'étant découvert lorsqu'il faisait froid), un jeune homme de dix-huit ans éprouve une douleur violente à la région du foie, avec sentiment de chaleur brûlante ; la fièvre s'allume, le pouls bat avec force, l'hypocondre droit se tuméfie, la sécrétion biliaire devient nulle : on en juge par les digestions qui deviennent plus lentes, et les matières qui sont dures et grisâtres, en même temps que la peau se colore en jaune ; l'urine est rouge, chargée. Enfin, *trois mois après* l'apparition des premiers symptômes, et après avoir présenté des alternatives de mieux et de rechutes, le malade succombe à une pneumonie intense du côté droit, qui ne dura que cinq jours.

A l'autopsie, je reconnus, outre l'hépatisation du poumon, que le foie était très volumineux, enflammé ; la vésicule ne contenait presque pas de bile, et les canaux, ainsi que les pores biliaires dans l'intérieur du foie, en étaient tout-à-fait privés. La sérosité peu abondante que renfermaient les plèvres et le péritoine était, il est vrai, limpide, mais d'une teinte citrine.

§ II. Ictères *par suppuration ou ulcère du foie.*

Observation 1re. Un homme de quarante-huit ans avait été attaqué, environ six mois auparavant, d'une hépatitis dont il se croyait guéri. Il avait repris ses travaux accoutumés ; l'appétit était revenu, lorsqu'il commença à éprouver, presque tous les jours, des frissons suivis de chaleur. Bientôt, tout son corps devint d'un rouge foncé tirant sur le jaune. Les urines prirent aussi une couleur rougeâtre ; la maigreur augmenta de jour en jour, les frissons devinrent plus fréquens, il survint des lipothymies, et le malade périt.

A l'autopsie, on trouva le foie plus volumineux que dans l'état naturel ; il était d'un rouge brun ; les incisions longitudinales qu'on y fit laissèrent couler une grande quantité d'un pus fétide ; il ne parut plus que comme un sac creux après l'évacuation de cet abcès. La vésicule du fiel était si prodigieusement allongée, qu'elle touchait presque à la crête des os des îles et était remplie d'une liqueur noirâtre. (Hasenohrl, *Hist. morb., epist., obs.* 3.— Portal, pag. 223.)

Observation 2e. Une jeune femme qu'on croyait grosse mourut. On l'ouvrit, et on reconnut que la grossesse n'existait pas, mais qu'il y avait beaucoup d'eau dans le bas-ventre, et que le foie était dans une complète putréfaction. (Paw ; Lieutaud, *liber* 1, *observ.* 802.)

Observation 3e. On rencontra dans le cadavre d'un homme mort de fièvre lente, et qui ne s'était jamais plaint d'aucune douleur gravative dans l'hypocondre droit, le foie entièrement détruit par un ulcère. (Horstius ; Lieutaud, *Observ.* 814.)

§ III. Ictères *par hypertrophie du foie.*

Observation 1re. Une femme qui mangeait peu, parce

qu'elle éprouvait après le repas des anxiétés et des suffocations, mourut subitement.

Elle avait le foie et la rate d'un volume si énorme, que l'estomac en était comprimé, resserré. (Bonnet, *Sepulchretum anatomicum.*)

Observation 2e. Pringle (*Maladies des armées*) rencontra sur un jeune homme le foie si considérable, qu'il descendait presque jusqu'à l'ombilic, et pesait dix livres.

Dans les faits de ce genre d'hypertrophie du foie, il faut que tout le sang, tous les sucs divers qui arrivent à cet organe soient employés à sa nutrition, sans qu'aucune partie puisse en être détournée pour sa sécrétion.

§ IV. Ictères *par induration du foie.*

Adolphe B., âgé de 48 ans, d'un tempéramant éminemment sanguin pendant sa jeunesse, avait reçu, il y a huit ans, un coup à l'hypocondre droit. Depuis ce temps il ne cessa d'éprouver, par intervalles assez rapprochés, des douleurs vives dans le foie, pendant lesquelles on observait les symptômes suivantes : la peau se colorait sensiblement en jaune; les urines devenaient plus rares, rouges, bourbeuses; les selles étaient grises, dures, le plus souvent accompagnées de coliques avec un léger ténesme; le pouls était dur fréquent, et il survenait une grande irritabilité générale; nul trouble dans les fonctions digestives, nulle sensibilité à l'épigastre, pression de l'abdomen seulement douloureuse à la région qu'occupe le foie. On avait eu recours successivement, selon les vues du médecin dirigeant, aux méthodes les plus différentes, et sans avoir obtenu de l'une ou de l'autre des effets marqués, durables. Ainsi les sédatifs avaient remplacé les antiphlogistiques de toute nature, ensuite s'étaient succédé les minoratifs, les purgatifs drastiques, les dérivatifs, les révulsifs les plus puissans, au moyen de vésicatoires, de sétons, de larges moxas sur l'hypocondre droit, et nonobstant le concours si varié d'agens thérapeutiques, les progrès du mal ne purent être arrêtés. Peu à peu les extrémités inférieures s'infiltrèrent, le ventre devint œdémateux, l'ascite s'y joignit, et plus tard la respiration fut de plus en plus courte, l'oppression imminente, et le malade mourut le 4 septembre 1831.

L'ouverture que je pratiquai douze heures après justifia notre diagnostic: le foie était le siége de la maladie. Ce viscère, bien qu'il ne fût pas augmenté de volume, présentait une masse compacte; il était dur, grisâtre, cartilagineux, graveleux dans presque sa totalité. Il était si dur que je parvins avec peine à le diviser; dans son parenchyme on ne pouvait distinguer aucune trace de vaisseaux; la vésicule du fiel était absolument oblitérée, les parois des canaux hépatique et cystique ressemblaient à un cartilage, le canal cholédoque était très-rétréci, la sécrétion de la bile était tout-à-fait nulle; je ne trouvai aucune trace de ce liquide dans l'intestin, celui-ci était parfaitement sain.

Salmuth a trouvé sur un enfant de douze ans le foie dur comme une pierre. (Portal, page 600.)

Lorsque le foie est si dur, qu'on a peine à le couper avec un instrument tranchant, comment croire qu'il puisse se laisser pénétrer par les différens liquides qui l'abordent, et en tirer les principes dont il compose sa sécrétion?

§ V. Ictères *résultant de la dessication du foie.*

Observation 1re. Un jeune homme étant mort d'une fièvre ardente, après avoir présenté les phénomènes de la jaunisse, on reconnut que le foie était sec, aride, comme brûlé. (Hessius; Lieutaud, *obs.* 827. — Portal, pag. 114.)

Observation 2e. Un jeune homme meurt d'une anasarque et d'une ascite; son corps ayant été ouvert, on vit, indépendamment de l'eau d'un jaune noirâtre contenue dans le bas-ventre, que le foie était noirâtre, ressemblant à du cuir torréfié, et si dur qu'on pouvait à peine le couper avec un couteau. (Lieutaud, lib. 1, *obs.* 820. — Portal, page 114.)

Un jeune homme de mes amis, que j'eus la douleur de perdre en 1828, malgré les soins les plus assidus que je lui donnai conjointement avec M. le professeur Fouquier, appelé en consultation, avait succombé, après trois mois de traitement, à une pneumonie chronique, compliquée de péritonite latente, qui se termina par l'ascite. A l'autopsie, le foie fut trouvé entièrement atrophié, flétri, réduit au vingtième de son volume; la vésicule et les canaux biliaires étaient vides.

Pendant près de dix mois que dura, si j'ose dire, la période d'incubation de la double maladie du poumon et du péritoine, il n'y eut aucun indice de cette affection du foie, si ce n'est que ce jeune homme mangeait peu, que la constipation était son état le plus habituel, qu'il rendait ses excrémens avec effort, et encore y faisait-il à peine attention, n'éprouvant aucune douleur. La peau et la conjonctive étaient parfois légèrement teintes en jaune. Jusqu'au dernier moment les digestions ont été bonnes; les gelées de veau, de poulet, les potages à la semoule, au pain, avec lesquels on l'alimentait, passaient fort bien. Je rapporterais en entier cette observation, si elle n'était pas trop longue; elle intéresse surtout, en ce qu'elle montre manifestement que les lésions les plus graves, les plus profondes, peuvent occuper les organes les plus importans, sans qu'il se produise de la douleur; de sorte que le malade n'en est quelquefois averti que quand elles ont produit des désordres irrémédiables. Jusqu'au dernier instant, ce jeune homme ne s'est plaint que de sa faiblesse, et cependant les deux poumons, les plèvres, le péritoine, l'intestin et le foie, présentaient des désorganisations extraordinaires.

§ VI. Ictères *par gangrène du foie.*

Observation 1re. Un homme, après avoir éprouvé différens revers de fortune, est plongé dans la tristesse la plus profonde. Après sa mort on trouva le foie noir, comme sphacélé et conservant l'impression du doigt. (Dodoneus; Lieutaud, *obs.* 807. — Portal, page 418.)

Observation 2e. Un malade éprouve un vomissement sanguin et pituiteux, avec un extrême appétit. Le sang avait cessé d'être rendu, mais le vomissement d'autres matières continuait. On prescrivit inutilement divers corroboratifs et astrigens, le malade mourut. Le cadavre ayant été ouvert, on reconnut que le foie était entièrement gan-

gréné et putréfié. (Martius; Lieutaud, *obs.* 784. — Portal, page 552.)

Baillou et Fabrice de Hilden rapportent également des observations où le foie, après une maladie longue, et chez des individus ictériques, avait été trouvé en putréfaction complète.

Il n'est pas rare non plus que le foie se soit trouvé rongé en entier par des ulcères fournissant un pus sanieux et putride; assez souvent aussi on reconnut, qu'à la suite d'une contusion, il était frappé de mortification. De même, les désorganisations les plus variées et les plus profondes sont survenues dans cet organe, après la suppression de certaines évacuations habituelles d'exanthèmes cutanés; d'autres fois encore ces différens états pathologiques tiennent ou à un vice de la constitution, ou à la présence de certains virus dans l'économie, la spyhilis surtout.

Je renvoie aux auteurs, et surtout à Lieutaud et Portal, pour des exemples de chacune de ces différentes lésions; toutefois, j'observerai que, quel que soit le genre d'affection du foie, la jaunisse se manifeste le plus ordinairement, et qu'elle est un indice certain de la gêne, de l'obstacle au cours de la bile dans l'intestin, si même la sécrétion de ce liquide n'est pas tout-à-fait empêchée par l'effet de la lésion du foie.

Avant de terminer cet article, relatif à l'ictère, je crois devoir relever une opinion fausse, que partagent la plupart des physiologistes et des médecins. Tout en reconnaissant que dans certaines circonstances le foie est inhabile à sécréter, que dans d'autres la bile s'altère, devient épaisse, poisseuse, glutineuse, qu'elle stagne dans ses conduits, s'y concrète, ils veulent cependant qu'une portion de ce liquide, quelque petite qu'elle soit, trouve encore accès dans l'intestin, chaque fois que la digestion continue, parce que, suivant l'idée qu'ils ont de cette fonction, ils ne conçoivent pas qu'elle puisse avoir lieu sans cet agent qu'ils considèrent comme essentiel. De même, selon eux, les calculs biliaires, quelque gros qu'ils soient, sont supposés ne pas fermer exactement les conduits excréteurs de la bile, le cholédoque surtout, de manière qu'une partie de ce menstrue pénètre toujours dans le duodénum, nonobstant l'empêchement que forment ces calculs. Si cela était vrai, je demanderais pourquoi on ne trouve pas chez les individus atteins d'ictères la moindre trace de fluide biliaire dans l'intestin? Pourquoi les digestions sont-elles lentes, les matières fécales blanchâtres au lieu d'être colorées en jaune, comme cela arrive dans l'état naturel, et lorsque l'obstacle au cours de la bile est surmonté? Pourquoi les mêmes accidens récidivent-ils toutes les fois que la jaunisse se déclare? D'ailleurs, que peuvent les assertions des physiologistes, qui regardent la bile comme indispensable à la chylification, contre des faits qui établissent et qui prouvent irrésistiblement qu'elle n'est pas nécessaire? Il ne faudrait donc pas ajouter foi au témoignage des auteurs les plus recommandables et les plus véridiques, qui disent, positivement pour l'avoir observé, qu'il se présente des cas où il y a impossibilité physique, absolue, que la bile soit versée dans le duodénum; et, cependant, suivant le rapport de ces auteurs, les individus, sujets de ces observations, ont vécu quelquefois assez longtemps, *plusieurs mois, des années entières*, avec leurs incommodités.

Qu'opposer à ce fait de Coïter, où il est dit qu'une femme fut délivrée d'une jaunisse très intense et de *très longue durée*, en rendant un calcul avec les excrémens; et lorsque le même auteur rapporte qu'il trouva sur un homme atteint d'ictère depuis longtemps un calcul qui avait obstrué de toutes parts le méat qui conduit de la vésicule au duodénum? Et cet autre fait de Bezoldus, où un malade, après *six ans* d'ictères, rendit une pierre, non sans tranchées; celui de Morgagni, d'après G. Maurer, où l'orifice du canal cholédoque et ce canal tout entier étaient tellement oblitérés, qu'ils ne permettaient plus le passage à un stylet extrêmement délié, et bien moins encore à une petite goutte de bile. (Morgagni, *Epist.*, 37.) On voit dans la même lettre une observation de Traffelmann, rapportée par Schenck, dans laquelle l'auteur décrit, sur un prince, le méat de la bile, qui s'insère au duodénum, tel qu'il l'avait trouvé lui-même, c'est-à-dire large, enflé comme un estomac, et rempli de toutes parts de calculs, les uns plus petits, les autres plus grands.

Enfin le canal cholédoque s'est présenté comme un cordon ligamenteux, ressemblant à un cartilage. Comment pouvait-il alors transmettre la bile dans l'intestin? Lorsque l'ictère dépendait d'une affection du foie, cet organe n'a-t-il pas été trouvé en pleine suppuration, de manière à ne plus former qu'un sac creux après l'évacuation de l'abcès? Hasenorhl et même Lieutaud ne l'ont-ils pas rencontré entièrement détruit par un ulcère? D'autres fois il était tellement dur, qu'on ne pouvait le couper avec un instrument tranchant (Morgagni), et, dans d'autres circonstances, tellement atrophié, qu'il n'était pas plus gros que le poing, et encore était-il flétri dans ce qui le constituait. (*Idem.*)

Enfin, que l'on se rappelle le fait de Gaspard Bauhin rapporté par Lieutaud: « On ne trouva chez un homme aucune trace du foie ni de la rate. »

Comme avec de tels désordres, qui ne se produisent pas en un jour, il est impossible que le foie effectue sa sécrétion, il faut donc admettre que, dans tous les cas où la digestion a continué de s'opérer, malgré les lésions de l'appareil hépatique, elle s'est faite sans le concours de la bile, et conclure par conséquent que cette liqueur n'est pas nécessaire, indispensable, comme on le dit, à la séparation du chyle.

N'est-il pas aussi des circonstances où, sans causes connues, la bile est plus abondante, acquiert subitement des propriétés tellement actives, devient si âcre et si corrosive, que, loin d'être utile à la digestion, elle ne peut que lui nuire, en déterminant par sa présence une vive inflammation de l'estomac et de l'intestin, et par suite des superpurgations capables de compromettre très promptement l'existence? Ainsi, par exemple, dans certains cas de typhus, de fièvre jaune, de choléra-morbus, cette liqueur devient, sans cause bien appréciable, tellement pernicieuse, qu'elle enflamme tout ce qu'elle touche, et provoque dans toute la longueur du canal digestif des sécrétions séreuses et muqueuses tellement abondantes, que les forces du malade en sont promptement épuisées.

Indépendamment de la dépense considérable de l'innervation qui en résulte, n'est-ce pas encore à la présence d'un liquide aussi irritant sur les surfaces, les houppes nerveuses de l'intestin, que l'on doit rapporter les coliques, les tran-

chées, et, par suite des anastomoses, des communications des nerfs du grand sympathique avec ceux de la vie extérieure, les crampes, les contractions spasmodiques, dans les membres inférieurs, qu'éprouvent les malheureux en proie à l'une ou à l'autre de ces terribles maladies. Il suffit, ce me semble, que la bile soit susceptible de produire de pareils phénomènes, pour qu'on la considère comme un fluide entièrement excrémentitiel. Sa manière d'être n'est pas différente de celle des autres *excreta*, qui, sous l'influence de certaines causes, prennent également des qualités délétères et agissent par contre-coup sur l'économie et notamment par leur effet assez prochain sur le système nerveux, comme des poisons violens.

L'altération de la bile qui fait que ce liquide acquiert des qualités vraiment vénéneuses, avait été supposée par Morgagni. Cet auteur raconte avoir trouvé dans l'estomac et les intestins du fils d'un peintre, mort dans les plus terribles convulsions, une bile verte qui teignait le scalpel en violet, et tellement vénéneuse, que deux pigeons piqués avec cet instrument qui en était recouvert, succombèrent rapidement avec de violentes convulsions et un tremblement universel, et qu'un coq qui avait avalé de la pâte imprégnée de cette bile, périt aussi, et de la même manière. On ne peut pas croire que Morgagni, ordinairement si exact dans ses observations, se soit mépris dans ce cas en attribuant à la bile ce qui était dû à la présence d'un poison violent qui aurait été introduit dans l'estomac et les intestins. Cet auteur n'aura point rapporté le fait, sans s'être auparavant bien enquis de toutes ses circonstances.

Dans la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie de Médecine, au sujet du choléra-morbus, d'honorables membres, M. Esquirol entre autres, n'ont-ils pas comparé les symptômes du choléra à ceux que produirait un empoisonnement par les champignons. Je me demande si la bile n'est pas la substance vénéneuse qui en tient la place, et provoque ces accidens le plus souvent mortels, bien qu'elle ne soit pas toujours la matière composante des évacuations; et même, dans cette occasion, ne serait-ce pas parce que cette liqueur est sécrétée en moindre quantité, est plus rapprochée, plus poisseuse, qu'elle devient plus active, plus vireuse pour l'intestin dont elle exalte la sensibilité et conséquemment la faculté d'exhalation? Ce qui m'autorise à le croire, c'est que dans les circonstances où le choléra-morbus doit avoir une terminaison heureuse, le changement en mieux, suivant le rapport de M. *Double* (1), s'annonce par la coloration en jaune des matières des vomissemens et des selles. C'est un fait que disent avoir assez généralement constaté les médecins qui ont été envoyés par le gouvernement français pour aller observer ce fléau destructeur sur les lieux témoins de ses ravages, et c'est ce que nous avons observé nous-mêmes lorsque cette maladie exerçait dernièrement à Paris sa funeste influence. Dans ce cas encore, ce symptôme n'est avantageux que parce qu'il indique que la sécrétion biliaire est revenue à son mode habituel, dont un moment elle s'était écartée, d'après des conditions épidémiques dont nous ne pouvons connaître l'essence.

(1) Rapport de l'Académie de Médecine sur le choléra-morbus, 1831.

La bile cependant est sécrétée assez souvent en quantité extraordinaire, même dès le début de cette affection, au point qu'elle constitue à elle seule un des principaux phénomènes du choléra-morbus, qui a tiré son nom de ce phénomène.

La bile qui compose la matière des vomissemens et des évacuations alvines, est loin de conserver toujours la même couleur, la même composition, dans le cours de la maladie et chez le même individu. On a généralement trouvé que cette humeur est d'abord verdâtre, porracée, fort analogue quelquefois à une dissolution de vert-de-gris; qu'elle devient ensuite plus foncée, noirâtre, et enfin d'un jaune clair, si l'affection cholérique doit avoir une heureuse issue. Mais il est rare qu'elle se termine ainsi, quand les matières rejetées sont brunes, semblables à de l'eau de goudron; leur fétidité est aussi d'un très mauvais augure. Dans ces cas malheureux, il est plus que probable que le foie est atteint profondément, qu'il est le siége d'une lésion qui a été promptement désorganisatrice; il est même en grande partie frappé de gangrène, de manière que tout le sang artériel et veineux qui le pénètre serait immédiatement décomposé, et converti par une perversion de la sécrétion biliaire, en une sorte de putrilage semblable à du marc d'huile ou de café.

Enfin, le traitement des maladies du foie et de ses canaux excréteurs ne confirme pas davantage cette prétendue importance de la bile, quoique ce traitement soit, en général, peu rationnel, le plus souvent abandonné au hasard; cependant, il est bon de faire remarquer que cette espèce d'empirisme aveugle, qui dirige alors le médecin à son insu, n'a point, dans cette circonstance, tous les inconvéniens que l'on pourrait en redouter, tant il est vrai que les faits ont en eux-mêmes une force intrinsèque, qui nous oblige quelquefois à agir contradictoirement à nos idées préconçues, mais qui ne reposent pas sur une base solide; la thérapeutique des maladies du foie en est un exemple frappant. C'est ainsi qu'au lieu de contribuer à établir irrévocablement l'utilité de la bile dans la digestion, cette science dépose plutôt en faveur de l'opinion contraire, de ne considérer ce liquide que comme une humeur entièrement excrémentitielle, puisqu'en effet, par l'emploi varié de nos moyens curatifs, nous nous proposons toujours, en définitive, son expulsion de l'économie, soit que nous agissions pour rappeler la sécrétion biliaire, lorsqu'elle est interrompue, soit que nous voulions remédier aux obstacles qui s'opposent à l'écoulement de cette liqueur, ou enfin que, rendue dans l'intestin, où elle s'accumule, et empêche même le travail digestif, il devienne nécessaire d'en provoquer la sortie par des émétiques ou des éméto-cathartiques.

Dans toutes ces circonstances, le médecin praticien ne pense-t-il pas agir uniquement sur un produit de pure excrétion?

Les différentes considérations que je viens de présenter sur le foie, envisagé principalement dans ses rapports avec la digestion, font apprécier à leur valeur les idées admises sur l'importance absolue de la bile, comme agent de la chylification; on peut maintenant comparer la somme des preuves qui infirment cette importance, avec le petit nombre, et je dirai-même l'insuffisance des faits qui ont servi à accréditer une semblable erreur.

Puissé-je, dans cette recherche des fonctions du foie et des usages de la bile, avoir atteint, en partie, le but que je m'étais proposé, et que Bichat avait signalé à l'attention des physiologistes : la découverte du rôle inconnu, mais important, que le foie, outre sa sécrétion, remplit dans l'économie.

DESCRIPTION D'UN ANENCÉPHALE AVEC DISPOSITION ANORMALE DES VISCÈRES PRINCIPAUX ;

Par M. DESTRÉS, D. M. P., à Vailly (Aisne).

Madame D., d'un tempérament sanguin, fortement constituée, vint me consulter ; elle était enceinte de cinq mois et demi ; en arrivant chez elle, elle fait une fausse couche ; appelé le lendemain matin, on me dit que l'enfant présentait quelque chose d'extraordinaire à la tête et qu'on l'avait conservé pour me le faire voir. Je reconnus l'anencéphalie. J'emportai ce fœtus pour l'explorer. Voici le résultat de mon investigation.

Ainsi qu'on l'observe ordinairement chez les anencéphales où la face subsiste, cette partie de la tête paraissait très-développée, encombrée de graisse ainsi que le col, de manière à former une surface unie du menton au thorax ; à partir des orbites jusqu'au trou occipital, toute la voûte du crâne était affaissée. Le cuir chevelu, très épais, était garni de cheveux. A l'occiput existait une tumeur rouge, violacée, énorme, contenant du sang ou de la matière ou pulpe cérébrale liquide, délayée dans le sang. Les parois de cette tumeur avaient l'apparence d'une membrane muqueuse ; elles étaient formées par un prolongement de l'arachnoïde et de la pie-mère, dans lesquelles l'encéphale s'était développé. Cette tumeur était d'un tissu très lâche, mou, facile à détruire ; elle pendait sur la partie moyenne et postérieure du col et la région postérieure du thorax jusqu'aux lombes. La peau de la partie postérieure du col et du dos était divisée depuis la tubérosité externe de l'occipital jusqu'à la région lombaire ; la région dorsale de la colonne vertébrale formait une courbure considérable en dehors. Les muscles trapèzes étaient écartés par la saillie de la colonne épinière.

Au sommet de la tumeur existait une ouverture par laquelle la pulpe cérébrale délayée s'était écoulée. Le cuir chevelu formait un bourrelet autour de la base de la tumeur à laquelle il adhérait par un tissu cellulaire très dense.

A la partie supérieure de la tumeur se trouvait encore une ouverture qui conduisait à une cavité renfermant aussi du sang et de la pulpe cérébrale délayée, liquide ; je la crus destinée à contenir le cervelet qui avait subi une inversion de position.

La voûte du crâne, ainsi que nous l'avons dit, était affaissée sur elle-même, et ne laissait entre elle et la base du crâne que l'espace suffisant pour y introduire l'extrémité du doigt. Le coronal, les pariétaux, la portion écailleuse des temporaux et l'occipital étaient réduits à une très petite dimension, très ossifiées ; il n'existait pas de fontanelles ; tous ces os étaient réunis par une substance cartilagineuse, très dense, aussi dure que l'os ; cette ossification était aussi avancée que chez un enfant d'un an. L'occipital était réduit à un vaste anneau, élargi sur les côtés ou parties latérales, car il n'avait pas plus de trois lignes de hauteur depuis son angle supérieur jusqu'au trou occipital, extrêmement dilaté pour laisser sortir la tumeur, et probablement aussi par les mouvemens circulatoires libres de la masse cérébrale.

La dure-mère était d'une épaisseur extraordinaire, beaucoup plus grande que chez l'adulte, et d'une densité proportionnée à son épaisseur.

La base du crâne, convexe dans son centre, ne présentait aucune des cavités destinées à loger les lobes du cerveau et le cervelet ; le cerveau, entouré seulement de l'arachnoïde et de la pie-mère, s'était développé hors du crâne dans la tumeur pendante à l'occiput, et dans la situation inverse, ainsi que nous l'avons dit ci-dessus.

Au milieu de la base du crâne on apercevait un peu de pulpe cérébrale organisée, d'où naissaient les nerfs olfactifs et optiques ; les autres nerfs cérébraux, extrêmement mous, friables, paraissaient sortir de la base de la tumeur ; ils avaient dix-huit lignes ou plus de longueur, et étaient d'une couleur grise, rougeâtre.

Ici paraissait terminée mon investigation, quand, ayant ouvert machinalement le thorax, je trouvai un bouleversement de toute l'organisation, dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir.

Appareil respiratoire. Le poumon gauche était situé transversalement de gauche à droite à la partie supérieure et antérieure du thorax, sa face externe en devant, sa face interne en arrière, son bord antérieur libre en avant et en bas, son bord postérieur adhérent aux bronches en arrière et en haut.

Le poumon droit, très petit, occupait le sommet seulement de la cavité droite du thorax.

Système circulatoire. Le cœur était très volumineux, situé dans la cavité droite du thorax, ayant sa pointe en bas et en avant sous les côtes sternales droites, et la base en arrière répondant au corps des vertèbres dorsales. Deux ventricules, le gauche en avant et à gauche sans oreillette, le droit en arrière et à droite dans la cavité droite du thorax, ayant une oreillette très vaste. La base du cœur adhérait par la base du ventricule gauche à la racine du poumon gauche.

Le ventricule gauche, fort petit, est sans valvule mitrale, et la naissance de l'aorte sans valvules sygmoïdes ; l'ouverture de ce ventricule était fermée par une cloison simple et communiquant avec l'oreillette droite.

Le ventricule droit, très vaste, sans valvule triglochine, et l'artère pulmonaire sans valvules sygmoïdes. L'aorte, à la sortie du ventricule gauche, se porte en haut et en arrière, et fournit aussitôt de sa crosse la carotide droite qui est très volumineuse ; celle-ci donne la sous-clavière du même côté, ensuite l'aorte donne la carotide gauche, et fournit le canal artériel pour se terminer par la sous-clavière gauche.

L'artère pulmonaire, à la sortie du ventricule droit, se porte en haut, en arrière et à gauche, derrière le poumon gauche, devant la crosse de l'aorte et la racine du poumon gauche ; elle se porte ensuite au sommet de la cavité gauche du thorax, se recourbe et descend le long de la colonne vertébrale à son côté gauche.

Aussitôt sa sortie du ventricule droit, l'artère pulmonaire donne des rameaux très courts et gros aux poumons droit et gauche; huit lignes après sa sortie du ventricule, elle s'unit par sa courbure avec l'aorte, au moyen du canal artériel qui est très court et d'une grosseur moyenne. L'artère pulmonaire, qui fait les fonctions d'aorte, fournit ensuite les mésentériques, la splénique, l'hépatique, les rénales, les crurales, et se termine par les artères ombilicales.

La base du ventricule gauche est unie à la racine du poumon gauche par un tissu cellulaire si dense, si serré, qu'il est difficile de les séparer. Le ventricule gauche reçoit directement les veines pulmonaires.

L'oreillette droite recevait le sang de tout le corps; une faible portion entrait dans le ventricule gauche, qui recevait aussi celui des veines pulmonaires, pour le renvoyer seulement à la tête et aux extrémités thoraciques. L'artère pulmonaire fournissait à toutes les autres parties du corps, aux intestins, l'estomac, la rate, le foie, les reins, les extrémités pelviennes, et au placenta.

Appareil digestif. L'œsophage très-dilaté se rétrécissait subitement à son entrée dans le thorax, et se dilatait ensuite pour se rendre à l'estomac par une large ouverture en forme d'entonnoir.

L'estomac, situé à la partie moyenne supérieure et postérieure du thorax, derrière le paquet des intestins grêles, le poumon gauche, la base du cœur, devant les artères orte et pulmonaire, ayant sa grande courbure en haut et la petite en bas : l'ouverture pylorique existait au milieu de la petite courbure, et non à son extrémité, ainsi que cela existe constamment. La grande courbure de l'estomac adhérait si intimement au corps des premières vertèbres dorsales, qu'il était difficile de les séparer.

La rate adhérait à la grande courbure de l'estomac, et occupait le sommet de la cavité gauche du thorax.

Il n'existait pas d'épiploon gastro-hépatique, l'épiploon gastro-colique, fort petit, flottait sur quelques ondulations d'intestins grêles, et renfermait deux corps glanduleux analogues à la rate.

Les intestins grêles occupaient la partie moyenne de la cavité gauche du thorax.

Le foie, très volumineux, occupait presque tout l'abdomen, et le lobe moyen la partie inférieure et antérieure de la cavité gauche du thorax, dans laquelle il pénétrait par une large ouverture existante à la partie moyenne du diaphragme; tout le côté gauche de ce muscle n'existait pas et laissait libre la communication de la cavité gauche du thorax avec la cavité de l'abdomen.

La valvule cœcale, dite de Bauhin, était située à la partie moyenne et postérieure de la cavité gauche du thorax; le colon descend ensuite entre le lobe moyen du foie et les reins, s'avance entre ces deux organes, se porte sur la région iliaque droite; là il se recourbe et remonte vers l'ouverture du diaphragme, qui lui a livré passage, pour redescendre ensuite entre les deux reins, au-dessous desquels il forme deux *s*, pour se terminer par le rectum, qui descend perpendiculairement dans le bassin; ce dernier intestin a quatre fois au moins le volume ordinaire.

Les reins sont très volumineux et bosselés, les capsules surrénales très petites. Les voies urinaires et les organes de la génération ne présentent rien de remarquable.

RAPPORT de M. SANSON *sur l'observation précédente.*

Messieurs,

Plusieurs circonstances vous auront sans doute frappés, à la lecture de ce fait curieux, dans lequel on trouve réunies des anomalies remarquables dans l'état de l'encéphale, dans la disposition et les rapports des viscères abdominaux et thoraciques, et surtout dans la conformation et la distribution des principaux organes de la circulation.

La déformation des os du crâne, la destruction plus ou moins complète du cerveau, la séparation de ses parties constitutives, ou ganglions de formation, coïncidant avec l'intégrité des nerfs de la périphérie, comme pour prouver l'indépendance respective de toutes ces parties, enfin la réception dans une poche tombant sur la nuque ou sur le dos, du cerveau et de ses rudimens, sont des faits maintenant connus et qui appartiennent au genre d'anomocéphalie auquel M. Geoffroy Saint-Hilaire a donné le nom de notencéphalie.

Nous ne nous arrêterons donc pas sur ce que ces particularités peuvent offrir d'intéressant, mais nous ne saurions nous dispenser d'appeler un instant votre attention sur les anomalies présentées par les autres appareils organiques, parce qu'elles viennent assez bien à l'appui d'idées plus récemment émises, et qu'elles concordent assez bien avec certains faits d'anatomie comparée découverts dans ces derniers temps.

On sait en effet que, dans ces derniers temps, les savans qui se sont occupés de questions d'anatomie philosophique et comparée, ont posé en principe que l'organisme, même dans ses écarts, obéissait à certaines lois immuables; de telle sorte, par exemple, qu'une imperfection d'organisation dans un animal supérieur, répondait toujours à un état normal dans quelque animal appartenant à une classe inférieure. Eh bien, sans parler de l'atrophie de l'un des poumons qui rapprochait ce fœtus de l'organisation des ophidiens *unipulmonés*, sans parler non plus de l'absence de l'oreillette gauche et du peu de développement du ventricule correspondant, qui réduisait presque le cœur à celui d'un animal à cœur simple, nous dirons qu'il est impossible de ne pas voir dans l'absence presque complète du diaphragme et dans le mélange des viscères thoraciques et abdominaux une analogie frappante avec l'état normal des reptiles.

Mais c'est surtout par rapport à sa circulation que ce rapprochement est le plus frappant.

M. Martin de Saint-Ange vient de reconnaître que dans une famille de reptiles, les *crocodiliens*, la tête seule reçoit du sang artériel, tandis que les autres parties du corps ne reçoivent que du sang mélangé. Or, si l'on réfléchit à la disposition des vaisseaux, on sera convaincu que cette circonstance temporaire et ne durant que pendant la vie intra-utérine dans l'espèce humaine, serait restée définitive chez le sujet de l'observation de M. Destrés, s'il eût vécu. Il y a plus encore, c'est qu'il ne pouvait vivre qu'à cette condition qui suppose la persistance de la communication entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur. Car si cette communication était venue à se fermer, ce que la disposition des parties rend peu probable, la mort eût été le résultat inévitable de l'abord du sang veineux pur dans les parties qui reçoivent ordinairement leurs vaisseaux de l'aorte descendante. Quoi qu'il en soit, ce fait rare, bien qu'il ne soit pas sans exemple, puisqu'on en trouve plusieurs analogues cités dans le savant ouvrage de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, est plein d'intérêt pour la science, et nous avons l'honneur de vous inviter à en ordonner l'impression dans votre recueil périodique.

L. SANSON.

JOURNAL
UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU, BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

JUIN 1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE DE CLINIQUE INTERNE.

Épreuves orales. — M. BROUSSAIS.

M. C. Broussais, peu intimidé du dénouement tout mélodramatique qui a eu lieu à la leçon du compétiteur qui l'a précédé, a voulu protester à son tour publiquement contre la marche qu'on a suivie dans ce concours; mais il l'a fait avec adresse, et en se mettant à l'abri derrière la responsabilité même du jury, sur la tête duquel devait retomber, a-t-il dit, tout le scandale, si, contre son attente, ce qu'il avait à dire en devenait une nouvelle occasion. M. le président l'a arrêté à ce préambule, en l'adjurant au nom de ses propres intérêts, et au nom du concours lui-même, de rentrer dans le sujet de sa leçon, sauf à faire valoir ses réclamations ailleurs et dans un moment plus opportun; mais le candidat n'en est pas moins venu à ses fins, et cela aux applaudissemens de tout l'auditoire qu'il a su mettre de son côté. Un coup de sifflet lui a été pourtant adressé, mais bien effilé, bien modeste, et sentant un peu le désappointement de n'avoir pas trouvé d'écho.

Après cette courte digression, M. C. Broussais a abordé le sujet de sa leçon.... Il a commencé par poser des principes généraux; il a fait remarquer, avec raison, qu'assez longtemps la pratique et la théorie étaient restées isolées; qu'il était réservé à l'époque actuelle de faire cesser ce divorce affligeant, qui était également funeste pour toutes deux, et de resserrer, autant que faire se pourrait, les liens qui doivent faire leur force commune. Il annonce donc qu'il va faire tous ses efforts pour les réunir dans la dissertation qu'il va essayer : ce sera, dit-il, de la pratique, mais de la pratique *imprégnée de théorie.*

M. Broussais a tenu ce qu'il avait promis. Confiant dans ses forces; confiant surtout dans la vérité de la doctrine que son père a si heureusement développée, il n'a pas craint, lui, d'aborder les questions de principes, et rattachant adroitement ces principes aux deux malades qu'il avait à examiner, il a su donner à sa leçon un intérêt qu'elle n'aurait certainement pas eu, si, comme plusieurs de ses rivaux, il avait pris à la lettre les tristes élucubrations réglementaires, et s'il s'était borné à la description toute décolorée de signes et de symptômes. Disons à l'avance que le fils a été digne du père, et qu'il a su défendre avec succès l'immense héritage qui lui est réservé. C'était bien là le rôle qui lui convenait : il l'a bien rempli.

M. Broussais garde évidemment rancune à l'hippocratisme : à plusieurs reprises, en effet, il a fait contre lui des sorties chaleureuses; un peu d'aigreur même se montrait à travers les attaques qu'il lui a adressées. Le gant, jeté par M. Gibert, a donc été relevé : il ne pouvait manquer de l'être; nous les attendons l'un et l'autre à l'argumentation. Alors les deux antagonistes seront en face, corps à corps, et avec des armes égales : nous verrons bien qui restera maître du champ de

bataille. Dans tous les cas, ce duel scientifique ne manquera pas de témoins : le triomphe sera authentique.

Des deux malades de M. Broussais, l'un, arrivé d'Alger depuis peu, est affecté d'une fièvre intermittente tierce, compliquée de duodéno-hépatite, et probablement aussi de gastrite. A ce propos il s'est élevé à des considérations de dogme et de doctrine, qui contrastaient singulièrement avec celles qu'on avait à cette même place entendues quelques jours plus tôt, et s'est efforcé de plier aussi au joug de la théorie la question des fièvres intermittentes, cet éternel sujet de division et de controverse. Plus loin il a trouvé l'occasion de défendre l'auteur des phlegmasies chroniques et ses partisans, du reproche mal fondé qu'on ne cesse de leur faire de tout sacrifier à des idées préconçues, et à une routine de traitement roulant sans cesse dans le cercle étroit d'un *antiphlogistisme* systématique. Par la manière dont il annonce qu'il traiterait son malade, il prouve assez clairement qu'on les a calomniés, et qu'enfin la médecine physiologique est bien loin d'être aussi exclusive qu'on se plaît à le répéter. Il a, en effet, censuré ouvertement le traitement qu'on avait déjà fait subir à son malade. On l'a, dit-il, épuisé de sangsues en pure perte, et pourtant quelques doses de sulfate de quinine auraient suffi pour le débarrasser de son mal, nonobstant les symptômes d'irritation gastro-intestinale. M. Broussais pense néanmoins qu'on abuse parfois de ce fébrifuge; il est convaincu que 6, 8 ou 10 grains doivent suffire dans la majeure partie des cas, et il ajoute que sur plus de deux cents malades, il n'a jamais dépassé cette dose : il a toujours réussi.

Le deuxième malade de M. Broussais est affecté de la maladie régnante : il a la grippe. Il avoue qu'une cause spéciale préside au développement de cette maladie. C'est une laryngo-bronchite qui se lie d'une manière plus ou moins éloignée à une irritation gastrique. Il a constaté un fait peu important sans doute, quant à l'étiologie même, et surtout le traitement, mais il ne nous en paraît pas moins digne d'être signalé; le voici : suivant le candidat, le sang des malades grippés offre une certaine analogie avec celui des cholériques; il est noir et sans couenne; le caillot est peu consistant et se rapproche un peu de la gelée de groseille : du reste, il offre cette différence capitale avec le sang des cholériques : c'est qu'il est riche en sels et en principe séreux... En général, la grippe est légère et guérit d'elle-même, ou tout au moins à l'aide du régime et de quelques précautions hygiéniques. Quand elle est un peu intense, la saignée en triomphe aisément : il est rare qu'elle passe à l'état de pneumonie. Les boissons froides et les lavemens froids ont paru au candidat produire de bons effets.

M. C. Broussais a été écouté constamment avec intérêt et plaisir : il a été vivement applaudi; c'était justice. Nous avons cru cependant remarquer un peu de désordre dans sa leçon; il s'est répété à plusieurs reprises; mais ce n'est probablement qu'un effet d'une émotion contre laquelle il est bien difficile de se prémunir dans une circonstance pareille : advienne maintenant un peu d'habitude, et ce candidat aura tout ce qu'il faut pour faire un très bon professeur.

(ARNAL.)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(*Clinique de M. le Professeur Bouillaud.*)

Induration de la valvule mitrale, avec adhérence d'une de ses lames à la paroi ventriculaire correspondante; dilatation et hypertrophie du cœur. — Mort subite. — Considérations sur la cause de la mort et la nature de l'affection;

Par M. le docteur JULES PELLETAN.

Au n° 4 de la salle des femmes a été reçue, vers le milieu d'avril, une femme âgée de trente-quatre ans, d'une constitution assez faible, molle et lymphatique. Cette femme a éprouvé de violens et de longs chagrins; elle a eu huit enfans; sa dernière grossesse a été très pénible. Jusque là sa santé avait été assez bonne, à l'exception de quelques irrégularités dans la menstruation. Elle éprouva, un mois avant l'accouchement, deux pertes successives, qui l'affaiblirent beaucoup. L'accouchement, qui eut lieu le 3 août 1832, fut très pénible; il fut terminé à l'aide de la main seule : les suites en furent longues et orageuses. Trois mois et demi s'étaient écoulés, la santé s'était à peu près rétablie; cependant la malade éprouvait de l'oppression, accompagnée d'une petite toux sèche, incommodité qu'elle attribua à un retard dans l'arrivée de ses règles. Elle n'a pu nous dire positivement si, à cette époque, elle éprouvait déjà des palpitations; elle continuait néanmoins à se livrer aux affaires de son ménage. Les règles reparurent enfin trois mois dix-sept jours après l'accouchement; mais à peine eurent-elles cessé, que la malade commença à ressentir une douleur dans la région du cœur; l'oppression, médiocre jusqu'alors, devint plus considérable, et les palpitations ne furent plus équivoques. La douleur du côté s'accrut rapidement; trois jours après son apparition, elle devint intolérable. Un médecin fut appelé : il prescrivit une saignée et un vésicatoire à la région épigastrique. Il y eut un soulagement momentané, mais les symptômes reprirent une nouvelle intensité; alors elle se traita elle-même, et dit s'être un peu soulagée au moyen de topiques qu'elle ne put nous désigner. La dyspnée devint toutefois assez considérable pour donner des inquiétudes. Un second médecin fut appelé au commencement de mars dernier. Comme à ce moment il n'y avait eu ni syncope, ni éblouissement, ni œdème, apparent du moins, des extrémités, l'attention du médecin, comme celle de la malade, ne se tourna que du côté des plèvres, et il diagnostiqua un épanchement pleurétique. Vingt sangsues, cinq à six vésicatoires, deux ventouses, furent successivement appliqués; il y eut de l'amélioration, mais elle s'aperçut, le 26 ou le 27 mars, que son ventre augmentait de volume, que ses jambes enflaient et, dans l'espace de huit jours, le ventre acquit un développement considérable. Depuis cette époque jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, il survint des coliques et quelques vomissemens à la suite de la toux qui a toujours été sèche; les urines ont été rares et épaisses depuis le commence-

ment de l'hydropisie. La dyspnée a graduellement augmenté, et les palpitations sont devenues plus rares.

Lorsqu'elle fut reçue, le 13, à la clinique, elle présentait l'état suivant : la face était bouffie et pâle, un peu terne et livide; les lèvres d'un violet légèrement bleuâtre; le ventre était volumineux et très distendu; les malléoles œdématiées; il existait une matité très étendue dans la région précordiale; les battemens du cœur étaient réguliers, fréquens, profonds, à peine sensibles à la main; le bruit en était moins clair que dans l'état normal, surtout vers la pointe des ventricules; on entendait, en outre, un bruit de soufflet très prononcé. Il existait un son mat et absence de la respiration dans le côté gauche, jusque vers la pointe de l'omoplate, où l'on entendait une œgophonie modèle (voie de polichinelle); le pouls *petit, mince, filiforme*, régulier, battait cent seize fois; les veines jugulaires étaient dilatées. Il existait une anxiété extrême, surtout le soir et la nuit; de l'orthopnée, des défaillances, des palpitations au moindre mouvement, de l'insomnie, et une physionomie exprimant la douleur, la tristesse et le découragement.

Diagnostic : *induration des valvules du cœur avec hypertrophie anévrismale.*

On commença le traitement par une petite saignée, les deux premiers jours seulement; on prescrivit la digitale à l'intérieur, le sirop des cinq racines et une potion avec l'oxymel scillitique. Sous l'influence de ce traitement, auquel on joignit peu à peu quelques légers alimens, il survint une amélioration sensible; les urines coulèrent en abondance, l'abdomen commença à se détendre, les jambes à dégonfler, le sommeil revint un peu, les mouvemens furent moins gênés, la face se ranima. Cependant la maladie du cœur était toujours là; il survint, le 17, des palpitations qui parurent à deux reprises, suivies d'éblouissemens; mais peu à peu ces symptômes s'évanouirent, la malade reprit quelques forces; le pouls, d'abord à peine sensible, se développa, l'œgophonie sembla diminuer légèrement et se déplacer un peu; elle était plus supérieure et s'étendait moins bas que lors de l'entrée de la malade; enfin, le 25, voici ce que j'écrivais : L'amélioration continue, l'abdomen est presque entièrement revenu à son état naturel; dans la poitrine la matité est moindre, l'œgophonie s'affaiblit peu à peu, et change de place à mesure que l'épanchement diminue. La malade demande à manger, on lui accorde le quart. Elle alla ainsi assez bien quelques jours encore, mais le 30 elle commença à avoir du dévoiement, le ventre devint, le lendemain, plus tendu, l'oppression augmenta. Le 2 mai, elle allait encore moins bien que la veille. Une demi-heure après la visite, elle venait de prendre une crème de riz, et avait eu une légère querelle avec ses voisines, lorsqu'elle expira sans mouvement convulsif et sans qu'on s'en soit aperçu.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva une quantité assez abondante de liquide citrin dans la poitrine gauche, dans le péricarde, et près de deux litres dans l'abdomen. Le cœur avait subi une énorme distension (*cor bovinum*); débarrassé de ses caillots, il pesait une livre; son diamètre transversal avait cinq pouces, le vertical, quatre pouces six lignes, sa circonférence, treize pouces; le ventricule droit, énormément dilaté, contenait une grande quantité de sang; ses colonnes charnues étaient robustes, et ses parois épaisses d'environ trois lignes; l'orifice auriculo-ventriculaire droit était aussi très dilaté; la circonférence du bord adhérent de ses valvules, épaissie et chagrinée, était de cinq pouces et demi; l'oreillette droite avait le double de son volume et de son épaisseur ordinaires; la cavité du ventricule gauche était de moitié environ moindre que celle du droit; ses parois offraient jusqu'à dix lignes d'épaisseur; son tissu était d'un rouge vermeil; l'orifice aortique ne présentait aucune altération sensible, mais à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, il existait une remarquable lésion. Les valvules étaient indurées, leur bord adhérent avait trois pouces de circonférence; mais ce qu'il y avait de plus important à noter, c'était qu'*une des deux languettes de cette valvule était repliée sur elle-même, ratatinée, fixée par des tendons multiples à la paroi correspondante du ventricule, de sorte que pendant la contraction ventriculaire, elle ne pouvait empêcher le retour d'une partie du sang dans l'oreillette.* Cette dernière partie, évidemment dilatée, était cependant de moitié moins ample que la droite; ses parois avaient une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur. L'aorte était blanche, parsemée de quelques plaques jaunâtres. Rien de bien remarquable n'existait du côté des poumons.

L'estomac contenait le riz que la malade avait pris avant sa mort; sa muqueuse était rouge vers le grand cul-de-sac; le foie et la rate étaient gorgés de sang. Les méninges étaient infiltrées de sérosité, les circonvolutions étaient comme lavées; il existait trois cuillerées de sérosité dans les fosses occipitales inférieures; la substance du cerveau était flasque et molle; ses ventricules étaient amples et contenaient peu de sérosité (elle s'était probablement écoulée).

Réflexions.

L'observation étant rapportée dans ses plus minutieux détails, il convient de rechercher deux causes qui donnent à ce cas beaucoup d'intérêt : 1° Quelle a été la cause de la mort subite? 2° Quelle était l'affection du cœur, quel était son point de départ?

Un assez grand nombre de causes peuvent déterminer des morts subites; ainsi une accumulation brusque et considérable de sang dans la substance cérébrale peut amener une mort subite. Quelquefois, lorsqu'un épanchement, même peu considérable, a lieu dans la protubérance cérébrale, dans cette espèce de centre des divers systèmes nerveux, par exemple, le malade peut être foudroyé; et si on ouvre avec peu de soin l'encéphale, la cause de la mort peut rester inconnue. Dans d'autres cas, la rupture d'une grosse artère, de l'aorte ou du cœur, peut amener une mort instantanée. Voilà des causes palpables dont il est facile de retrouver des traces; cependant ce ne sont pas encore les seules qu'on ait observées. Il est avéré que des individus, affectés d'affection organique du cœur, succombent d'une manière subite, et qu'à l'ouverture de leur corps on ne trouve aucune cause appréciable qui, au premier coup d'œil, puisse expliquer cette brusque cessation de la vie. Il existe un fait de ce genre dans l'ouvrage de Corvisart. M. Bouillaud

en a aussi rencontré deux ou trois. On dit alors que les malades ont succombé à une syncope. Il est certain que les individus affectés de dilatation extrême du cœur ont une tendance manifeste aux faiblesses et aux lypothimies ; mais il existe, en outre, une cause tout-à-fait matérielle, tout-à-fait physique, de cette syncope, qui amène ainsi une mort foudroyante. En effet, il arrive un moment où l'énorme quantité de sang contenu dans les cavités les amène à un tel état de dilatation, que celles-ci n'ont plus assez de force pour leur imprimer une impulsion suffisante. Ainsi, de l'affaiblissement de la puissance et de l'augmentation de la masse à mettre en mouvement, arrivera nécessairement, à une époque plus ou moins éloignée, un arrêt dans la fonction. Telle est, selon nous, la cause de la syncope qui a subitement terminé la vie de cette malade.

La seconde question que nous nous sommes proposée ne présente pas moins d'intérêt à éclaircir : nous avons remarqué, comme affection du cœur, une énorme dilatation des cavités droites et une rétraction avec induration d'une des deux languettes de la valvule mitrale. Mais de ces deux altérations organiques, quelle est la première? quelle est celle qui a produit l'autre? quelle est la cause? quel est l'effet? Voyons quel a dû être le résultat de l'impossibilité de la valvule bicuspide à se redresser complètement : dans l'état normal, lorsque le ventricule se contracte, la fonction de cette valvule, véritable soupape organisée, est de se redresser et de fermer l'orifice auriculo-ventriculaire, pour qu'il ne repasse aucune quantité de sang dans l'oreillette. Ici, par suite de l'action incomplète de cette valvule, le sang se partageait en deux colonnes ; l'une allait produire ce pouls petit, filiforme, que nous avons noté ; l'autre refluait dans l'oreillette gauche, et progressivement de là dans les cavités droites, les veines jugulaires, les veines caves ; de là, distension du cœur droit ; de là, obstacle à l'absorption et amas de liquides, épanchement dans l'abdomen et dans la poitrine ; de là, dyspnée produite, et par cet épanchement même, et par l'énorme distension du cœur, et par la difficulté que l'air avait à traverser le poumon, en raison de ce reflux de sang ; de là, enfin, congestion dans le foie, dans la rate et sur la muqueuse stomacale.

Ces réflexions sur une maladie aussi intéressante, et rarement aussi minutieusement analysée, sont tirées, sauf erreur de mon fait, de la leçon que M. Bouillaud fit, il y a quelque temps, au sujet de cette curieuse observation.

OBSERVATION DE PARALYSIE GÉNÉRALE INCOMPLÈTE, CHEZ UN ENFANT, A LA SUITE D'UNE VIVE IMPRESSION MORALE ;

Par M. GAULTIER DE CLAUBRY, D. M. P.

C., âgée de cinq ans, née d'un père qui, peu avancé en âge, semble presque être un vieillard anticipé, et d'une mere éminemment nerveuse ; petite, d'une complexion grêle, d'une constitution faible, éminemment impressionnable, très développée pour l'intelligence, et jusqu'alors gâté au-delà de toute expression par ses parens, qui ne savent rien lui refuser, et ne lui ont jamais fait entendre une parole dure, ni même tant soit peu ferme, éprouvait depuis quelques jours des douleurs assez aiguës dans les deux mâchoires, et surtout dans l'inférieure, par l'effet de la carie profonde de quelques-unes de ses dents petites molaires ; elle dormait mal, s'agitait beaucoup, avait de l'exaltation dans les idées, et présentait un certain degré d'état fébrile, quand ses parens, désolés de la voir souffrir autant, résolurent de lui procurer du soulagement, en faisant extraire la dent le plus profondément cariée, qui leur semblait être la source du mal. Le père, qui idolâtre sa fille, se charge de la conduire chez un dentiste. Il sort accompagné d'une jeune domestique, sans dire à l'enfant ni où il la mène, ni l'opération qu'il se propose de lui faire subir : le tout pour ménager sa sensibilité, et éviter la résistance qu'elle aurait apportée, si elle avait été prévenue de ce qu'on projetait de faire.

L'enfant, sans aucune défiance, se laisse d'abord examiner la bouche par le dentiste ; mais bientôt cette petite fille devine de quoi il s'agit : elle résiste, pousse des cris perçans, se débat violemment. Le dentiste prononce qu'il est indispensable d'opérer l'avulsion de la dent malade, pour écarter la cause des douleurs et de la fièvre secondaire. Le père de l'enfant s'efforce en vain de calmer sa fille, de la ramener à l'obéissance... Poussé à bout enfin par cette enfant indocile, il perd patience, parle d'un ton dur et presque emporté, qui frappe la jeune C. d'un étonnement profond, elle qui n'a jamais entendu une seule parole dure, elle qui n'a jamais été contrariée. Il la saisit avec une sorte de violence, la maintient de force, en vociférant contre elle des paroles d'emportement, et le dentiste, avec une adresse et une promptitude remarquables, enlève la dent. Mais c'est alors que la scène change. La petite fille, que les paroles dures, les menaces, l'action violente et inusitée de son père, ont profondément ébranlée, tombe dans un état spasmodique général ; ses yeux sont fixes et largement ouverts, ses mâchoires fortement appliquées l'une contre l'autre ; une raideur comme tétanique s'empare de son col, de son tronc, de ses membres ; sa voix est éteinte dans sa gorge contractée ; une coloration rouge intense se manifeste à la face ; un *raptus* évident du sang a lieu vers la tête. Le père, hors de lui à cette vue, enlève son enfant, qu'il croit perdue, et s'enfuit, l'expression est propre, jusque chez lui, où il dépose sur son lit sa fille, qui n'est pas encore revenue à elle, ou plutôt chez laquelle le spasme n'a pas encore cessé.

Jusqu'ici je n'ai fait que rapporter ce qui m'a été raconté par les parens : ceux-ci n'ont pu me faire connaître dans quelles conditions d'action fonctionnelle se trouvaient le cœur et les poumons. A mon arrivée, l'enfant est couchée sur le dos, les membres alongés, sans mouvemens prononcés ; un mouvement fébrile énergique dure depuis plusieurs heures, la chaleur est intense, les membranes muqueuses nasale, labiale, buccale, sont vivement injectées, la face est vultueuse, l'œil brillant, animé ; la pupille contractée, la figure exprime à la fois l'inquiétude et la colère ; la voix est basse, rauque ; la parole brève et saccadée ; la respiration courte, entrecoupée et presque singultueuse ; il il y a un état d'insomnie, ou seulement un sommeil peu

profond, interrompu par des cris d'effroi : intelligence en désordre. Un examen attentif de tous les appareils fonctionnels ne tarde pas à me faire reconnaître les phénomènes suivans : la position assise sur le lit est impossible ; quand on essaie de la faire prendre à la petite malade, le tronc tombe soit en avant, soit en arrière ou de côté, comme si le rachis était disloqué dans tous ses points de jonction : la tête semble entraîner le corps dans un sens ou dans un autre. En même temps, les membres supérieurs et inférieurs sont frappés d'une faiblesse paralytique qui en rend les mouvemens volontaires incertains, sans précision, presque absolument impossibles même. Les bras, soulevés, retombent comme dans un cas de résolution paralytique ; il en est de même des jambes. Si l'on essaie de tenir l'enfant debout dans une position verticale, les membres inférieurs fléchissent et se dérobent sous le poids du corps ; les bras sont pendans le long du tronc. S'il est permis de se servir d'une comparaison aussi burlesque pour peindre le véritable et curieux état de la jeune C., je dirai que le corps et les membres de cette petite fille semblent être aussi souples, aussi mollement articulés entre eux, que le corps et les membres de cette poupée connue sous le nom de Polichinelle. Quant à la sensibilité générale de la peau, elle ne semble pas diminuée ; l'enfant pousse des cris, et manifeste une sorte de terreur quand la main des assistans s'approche de quelque partie de son corps, d'autant plus qu'elle ne peut faire que des mouvemens incertains et à peu près nuls pour se garantir. Toutefois, je ne dois pas oublier de faire remarquer que l'exaltation ou la conservation probable de la sensibilité de la peau n'est pas démontrée d'une manière incontestable, parce que j'ai omis complétement la précaution, bien simple cependant à imaginer et à prendre, de toucher quelque partie des tégumens, à l'insu de la petite malade, dans un point soustrait à ses regards. On sait, en effet, que tel paralytique qui pousse un cri quand il s'aperçoit qu'on se dispose à le pincer, reste complétement insensible, lorsqu'on a soin de ne pincer que quelque endroit soustrait à sa vue. Quoi qu'il en soit, les mouvemens que l'on communique, soit au tronc, soit aux membres, semblent accompagnés de douleur. La région épigastrique surtout paraît être d'une exquise sensibilité.

Une émission sanguine était indiquée ; mais l'enfant, qui conservait le souvenir du tour qu'on lui avait joué, et qui redoutait quelque nouvelle violence de la part de tous ceux qui l'approchaient, ne laissant guère d'espoir qu'on pût parvenir à lui appliquer des sangsues au col, douze de ces animaux furent furtivement placés à l'épigastre, où ils s'attachèrent instantanément ; le sang coula abondamment après qu'ils furent tombés. De plus, cataplasmes de farine de graine de lin très chauds, entretenus autour des malléoles ; lavemens émolliens ; boissons délayantes, que la jeune malade prenait avec avidité ; silence, demi-obscurité dans la chambre, éloignement de toute cause d'excitation.

A mesure que le sang coule, le mouvement fébrile s'apaise ; l'ardeur et la sécheresse extrêmes de la peau deviennent moindres, et font place à une chaleur halitueuse ; peu à peu l'état d'anxiété et de spasme général perd de son intensité, et cesse même complétement ; l'enfant s'endort d'un sommeil plus paisible ; tout l'appareil de la sur-excitation du système nerveux semble avoir cessé entièrement. Mais pendant deux fois vingt-quatre heures encore, la résolution paralytique générale subsiste, quoique diminuant par degrés ; de sorte qu'au bout de ce temps, l'enfant a recouvré la liberté et la régularité de ses mouvemens, quoique, pendant plusieurs jours encore, cette petite fille se trouve faible, chancelant sur ses jambes, et ressemble à une personne à peine convalescente d'une maladie grave qui l'a beaucoup affaiblie. Surtout elle conserve pendant longtemps une expression d'inquiétude dans le regard et une grande défiance à l'égard de toutes les personnes qui s'approchent d'elle.

Cette expression symptomatique de la maladie de la jeune C. résultait-elle d'une irritation produite dans l'appareil nerveux cérébro-spinal, sous l'influence de l'impression morale vive qu'éprouva cette petite fille, et de la douleur produite par l'avulsion de la dent, chez un sujet que quelques jours de souffrances dans les mâchoires avaient prédisposé, de sorte qu'un *raptus* violent du sang vers les organes encéphalo-rachidiens en aurait été la conséquence ? Et dans cette supposition, n'ai-je pas bien fait de recourir à une émission sanguine, que seulement je n'ai pas pu pratiquer dans l'endroit qui eût semblé plus convenable, et par là ai-je soustrait la petite malade aux dangers, soit d'un surcroît d'irritation qui pouvait donner lieu à des convulsions redoutables et même mortelles, soit d'une fluxion sanguine plus considérable, qui aurait comprimé l'encéphale et compromis l'existence, par la production d'un état apoplectique ? Ou, au contraire, l'état de sur-excitation a-t-il été plus apparent que réel ? En d'autres termes, l'expression symptomatique du mal a-t-elle reçu plus d'intensité de l'extrême susceptibilité nerveuse de l'enfant, sans que, en réalité, la gravité de l'affection ait été plus considérable. Et la résolution paralytique générale résultait-elle seulement d'un épuisement du principe inconnu de l'innervation, et aurait-il suffi du seul repos du corps et de la succession des heures, pour que les symptômes de paralysie se dissipassent ? Et un mot, au lieu d'une irritation encéphalique avec *raptus* de sang vers la tête, n'ai-je eu sous les yeux qu'un état d'asthénie nerveuse de l'appareil cérébro-spinal ? Voilà la question tout entière ; je la soumets à la sagacité des lecteurs. J'observerai seulement que, sans doute, il est incontestable qu'on rencontre de ces apparences de paralysie générale chez les personnes faibles, soit constitutionnellement, soit par suite d'une maladie longue, d'une abstinence prolongée, d'une grande perte de sang, d'évacuations humorales abondantes, quand ces individus viennent à faire quelque exercice fatigant ou prolongé, souvent même à se tenir seulement debout, ou à se livrer à une application de l'esprit. Il n'est personne qui n'ait observé maintes fois de semblables états de lipothymie et de résolution paralytique. On sait également que des individus faibles et impressionnables, après de grands mouvemens musculaires, surtout involontaires, tels que convulsions, attaques d'épilepsie, d'hystérie, présentent cette faiblesse paralytique momentanée du système locomoteur, que le repos, le temps, une nourriture analeptique font disparaître sans le secours d'aucun agent pharmaceutique. Était-ce donc dans une semblable condition de l'organisme que se trouvait la jeune C. ? et, dans cette supposition, qui

est sans doute faisable, eussé-je pu et dû même me dispenser de tirer du sang à cette petite malade, qui, sans faire aucune perte de sang, se fût rétablie aussi certainement et plus sûrement, puisque je n'eusse pas ajouté aux pertes de l'économie la soustraction d'un fluide essentiellement réparateur? Que ceux qui seraient disposés à n'attribuer la résolution paralytique des membres chez la jeune C. qu'à un épuisement du principe de l'innervation, suite d'efforts violens de contraction, fassent réflexion que, chez ces sujets faibles, chez lesquels des attaques d'hystérie, d'épilepsie, c'est-à-dire de profondes perturbations du principe de l'innervation, accompagnées de mouvemens musculaires violens, sont suivies d'une résolution paralytique passagère de la faculté contractile des masses musculaires; que chez ces sujets, dis-je, après de semblables attaques, le cœur, comme le reste du système musculaire, semble avoir épuisé son énergie contractile; qu'au plus a-t-il des battemens faibles, irréguliers, précipités, mais qu'il y a un état complet d'apyrexie, que la chaleur de la peau est notablement abaissée, et la pâleur généralement répandue sur toute l'habitude du corps; tandis que, chez la jeune C., le cœur continuait à battre avec une grande force; que le mouvement fébrile était des plus prononcés; qu'il y avait une turgescence sanguine évidente vers les tégumens, avec production d'un excès de chaleur; que la tête surtout était le siége d'un *raptus* violent du sang; qu'enfin, comme caractère diagnostic différentiel, dans l'asthénie nerveuse par épuisement du principe de l'innervation, les pupilles sont dilatées, les sensations émoussées, l'intelligence nette, quoique plus ou moins complètement affaiblie; tandis que chez la jeune C. les pupilles étaient contractées, les yeux sensibles à la lumière, les oreilles au bruit, la peau surexcitée, l'intelligence en désordre. Enfin, dans la supposition d'un épuisement du principe de l'innervation comme cause de l'asthénie musculaire, une émission sanguine abondante n'aurait pas manqué d'accroître l'intensité des symptômes de paralysie générale, en augmentant l'épuisement des matériaux réparateurs de l'organisme; au lieu que l'écoulement assez considérable de sang, chez la petite C., en faisant disparaître les symptômes de sur-excitation, a été suivi de la diminution graduelle de l'affaiblissement paralytique. Toutes ces circonstances me déterminent donc à penser que l'état remarquable d'asthénie du système musculaire, observé chez cette jeune enfant, était un symptôme de d'irritation congestive déterminée dans l'appareil nerveux cérébro-spinal. Et lorsque l'on songe à la violence de l'impression morale sur un cerveau aussi éminemment excitable, et que l'on considère l'intensité du mouvement fébrile, avec un *raptus* si évident du sang vers la tête, il ne semble plus guère permis de douter que, au lieu d'une asthénie nerveuse essentielle, il existât une irritation près de devenir une phlegmasie des organes encéphalo-rachidiens. Partant, ma conduite thérapeutique a été fondée en raison, et dût, *à posteriori*, la méthode purement expectante avoir eu pour résultat le rétablissement complet de la petite malade, il me semble démontré que j'eusse été, avec justice, taxé, *à priori*, de témérité, pour avoir exposé ce jeune sujet, soit à une augmentation de la congestion sanguine, qui pouvait déterminer une encéphalite générale, soit à un surcroît d'irritation, qui aurait pu donner lieu à une convulsion violente et mortelle.

OBSERVATION SUR UN VOLVULUS,

Avec expulsion d'un paquet assez volumineux de l'intestin grêle;

Par M. B. PALAIS, Médecin à Montmirail,

Communiquée par M. BRESCHET.

Le jeune B...., âgé de dix-neuf ans, manouvrier, après avoir mangé des lentilles en assez grande quantité, éprouva, le 15 février au soir, de violentes coliques, auxquelles succédèrent des vomissemens de matières alimentaires, et un calme momentané. Quelques heures après, les accidens se renouvelant, je fus mandé, et, d'après les renseignemens que me donnèrent les parens et l'examen du malade, croyant à une simple indigestion, je prescrivis du thé et des bains de pied sinapisés. Le lendemain, les vomissemens et les coliques persistent, les douleurs se font principalement sentir à l'ombilic, le pouls est petit et fréquent. Je fais appliquer vingt sangsues sur la région douloureuse, placer le malade dans un bain de siége, et n'obtiens qu'un léger succès. Cependant les accidens ne se font point remarquer dans la journée, et ne se renouvellent que dans la nuit. Le 17, le ventre est météorisé et devient sensible dans toute son étendue. Croyant à l'existence d'une péritonite ou d'une entérite aiguë, je pratique au bras une saignée de 12 onces, à laquelle succède un amendement peu marqué; je fais continuer les bains de siége et les fomentations émollientes. Dans la nuit, nouveaux vomissemens; le 18 et jours suivans, même état, même traitement, nouvelles saignées locales et à l'aide de la lancette. Les 21, 22 et 23, expulsion de vers lombrics par la bouche. En raison de l'état de l'abdomen, qui reste toujours très douloureux, je n'ose employer les anthelmintiques et me borne à la médecine d'observation. Toutefois, encouragé par mon diagnostic, et voulant tenter la résolution de l'inflammation intestinale, je fais appliquer deux vésicatoires sur l'abdomen, qui amène une suppuration abondante et une diminution de la tension du ventre. Enfin le 25, je me détermine à faire administrer 24 grains de calomélas dans un looch blanc, dans le but de remédier à la présence des vers et de déterminer quelques évacuations alvines que je n'avais pu, dès le commencement de la maladie, obtenir à l'aide de lavemens simples. Le malade ne peut soutenir que les deux tiers de ce médicament; la tension et les douleurs du ventre augmentent; il vomit une grande quantité de boissons contenues dans l'estomac, et semble toucher à sa fin, lorsque, les 27 et 28, plusieurs selles ont lieu. Aussitôt diminution de la tension et des douleurs abdominales, et le 2 mars, expulsion d'un paquet assez volumineux de l'intestin grêle (1). Dès ce moment, cessation complète de tous les accidens,

(1) Il est à regretter que M. Palais ne se soit pas appliqué à décrire, avec quelques détails, ce qu'il désigne par ces mots: *paquet assez volumineux de l'intestin grêle.* (*Note du Rédacteur.*)

et aujourd'hui, 5 mars, B.... peut prendre avec ménagement des alimens liquides ; je dis avec ménagement, car, le 3, de nouvelles coliques se firent sentir après avoir, contre ma volonté, mangé de la viande. J'ajouterai que les évacuations alvines s'exécutent sans l'aide de lavemens.

Réflexions.

Une pareille observation, dont le résultat a été aussi heureux, est bien propre à faire naître des réflexions. Établissons d'abord que le diagnostic n'était rien moins que certain, et qu'il eût fallu une habileté plus ordinaire pour statuer sur le genre de maladie dont était atteint le jeune B.... : car les symptômes que présentait notre malade pouvaient appartenir à une entérite ou à une péritonite, puisque les vomissemens, la météorisation, les douleurs abdominales, la petitesse et la fréquence du pouls, sont des signes propres à l'une et à l'autre. La constipation, ou plutôt l'impossibilité des évacuations alvines, auraient pu faire éveiller quelques soupçons ; mais ce symptôme n'est-il pas aussi celui de l'inflammation du péritoine et des intestins? Je suis donc porté à croire qu'il est facile de donner un diagnostic peu sûr, et j'ajouterai même que, dans un pareil cas, toute erreur ne peut être nuisible au sort du malade, puisque le traitement recommandé pour les inflammations intestinales ne saurait être contraire à une invagination. En conséquence, bien qu'on doive attribuer toute réussite aux efforts seuls de la nature, je ne puis que me féliciter d'avoir employé les moyens antiphlogistiques qui ont servi à diminuer l'intensité, mais non arrêter cet état inflammatoire nécessaire pour rompre la portion d'intestin malade, et réunir tout à la fois celle qui était saine. Quant au calomélas que j'ai mis en usage, il est très heureux qu'il soit arrivé après la diminution des symptômes inflammatoires, car administré aussitôt que la présence des vers a été reconnue, il est probable qu'il eût été funeste ; mais à l'époque où il a été ingéré, il a favorisé le mouvement péristallique des intestins et expulsé le paquet intestinal devenu corps étranger.

TABLEAU CLINIQUE DES MALADIES OBSERVÉES A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ DANS LES SALLES DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD,

Pendant le premier semestre de l'année scolaire 1832-1833 ;

Par M. le docteur DONNÉ, Chef de Clinique.

Maladies chroniques. — Affections tuberculeuses. — Maladies du cœur. — Péricardites. — Diabètes. — Gastro-duodénites. — Chlorose. — Bruit remarquable des artères carotides, etc.

J'ai dit que l'opinion professée par M. Bouillaud sur l'influence que les bronchites aiguës et chroniques exercent dans le développement des tubercules pulmonaires, lui fait attacher plus d'importance qu'on n'en met ordinairement à traiter énergiquement ces affections. M. Bouillaud pense qu'il n'est pas nécessaire d'admettre une prédisposition toute particulière, pour concevoir la formation des tubercules dans les poumons, ou au moins que la phthisie n'exige pas une prédisposition plus marquée, plus spéciale pour se produire, que toutes les autres maladies (1). En d'autres termes, ce professeur croit qu'il serait possible de développer des tubercules dans les poumons d'individus parfaitement sains, en les soumettant aux causes qui provoquent ordinairement des bronchites et des péripneumonies, et surtout en laissant passer celles-ci à l'état chronique ; la matière tuberculeuse n'étant, comme le pus lui-même, qu'un produit sécrétoire de l'inflammation.

Je cherche à rendre aussi exactement qu'il m'est possible l'opinion de M. Bouillaud ; on me pardonnera d'entrer à ce sujet dans quelques développemens, attendu que s'il est souvent difficile de faire bien comprendre ses propres idées, à plus forte raison doit-on éprouver de l'embarras lorsqu'on se charge d'exprimer celles des autres. J'ai le plus grand désir de ne faire dire à M. Bouillaud que ce qu'il pense réellement, et j'ai besoin de peser toutes mes paroles, afin que l'on n'interprète pas faussement les opinions

(1) Depuis la rédaction de cet article, M. Bouillaud s'est formellement expliqué sur ce point, en disant que personne plus que lui n'attache d'importance à la prédisposition à la phthisie pulmonaire. J'ai donc mal rendu son opinion à cet égard, et je m'empresse de le reconnaître ici. Ce qui m'avait fait croire que M. Bouillaud n'admettait pas l'influence de cette prédisposition, souvent héréditaire, comme on le fait généralement, c'est que je ne concevais pas comment cette opinion pouvait s'accorder avec celle qui fait dépendre la production tuberculeuse de la pneumonie passée à l'état chronique. En effet, on peut bien dire que l'on nait prédisposé à la phthisie, tandis qu'il est impossible de dire, sans renverser l'idée que l'on se forme habituellement de la prédisposition, que tel individu est prédisposé à la pneumonie. Il me paraissait donc y avoir contradiction entre l'opinion qui admet la prédisposition phthisique, telle qu'on l'entend généralement, et celle qui considère la phthisie comme la suite d'une pneumonie chronique.

Mais, pour bien comprendre M. Bouillaud, il faut savoir qu'il regarde la formation des tubercules, tantôt comme le résultat d'une broncho-pneumonie *aiguë* passée à l'état chronique, tantôt comme le produit d'une broncho-pneumonie ayant la forme chronique dès son début, et se développant par degrés insensibles : dans les cas de cette dernière catégorie où la tuberculisation des poumons, suivant l'expression de M. Bouillaud, s'opère en quelque sorte d'*emblée*, la prédisposition joue un rôle de la plus haute importance. Cette condition favorise aussi beaucoup le développement des tubercules, dans les cas où une péripneumonie aiguë passe à l'état chronique ; toutefois, M. Bouillaud rapporte des exemples de tuberculisation pulmonaire succédant à une broncho-pneumonie aiguë passée à l'état chronique, chez des sujets qui n'offraient aucun des caractères connus de la prédisposion tuberculeuse.

De cette manière, nous serons beaucoup plus près d'adopter l'opinion de ce professeur. En effet, que la production tuberculeuse soit accompagnée d'une inflammation chronique du tissu pulmonaire environnant, ayant tous les caractères des inflammations chroniques ordinaires ; c'est ce dont il est impossible de douter, et nous avons admis ce fait comme incontestable dans le courant de notre article La seule question importante restant maintenant en litige, est celle de savoir si cette inflammation est primitive ou secondaire. Si l'on parvenait à s'accorder sur ce point, le reste ne nous paraîtrait plus qu'une dispute de mots ; car, que l'on appelle la phthisie pulmonaire du nom d'inflammation chronique ou de tout autre, peu importe, attendu que, pour la théorie et le traitement de cette affection, tout dépend du rôle que l'on fait jouer à l'inflammation, et non du fait même de l'inflammation, que l'on ne peut encore une fois s'empêcher de reconnaître dans la plupart des cas. Al. D.

que M. Bouillaud professe dans sa clinique, sur les causes et la nature de l'affection tuberculeuse.

Ces opinions peuvent se résumer à peu près ainsi : l'inflammation chronique des bronches et du tissu pulmonaire a la plus grande part dans la formation de la matière tuberculeuse, de telle sorte que la phthisie pulmonaire n'est très souvent que le dernier degré de la pneumonie chronique, et que tout individu peut devenir phthisique, sans apporter, pour ainsi dire, en naissant le germe de cette maladie. On comprend combien cette manière de voir diffère de celle d'un observateur, auquel M. Bouillaud se plait à rendre toute justice, M. Louis, puisque ce savant médecin ne trouve aucune relation entre la pneumonie et l'affection tuberculeuse.

Il est bon, avant d'aller plus loin, de s'entendre sur ce que l'on appelle *prédisposition* dans les maladies. On peut admettre qu'aucune maladie ne se développe sans une prédisposition quelconque ; ainsi, tous les jours il arrive que plusieurs individus s'exposent en même temps, dans des circonstances à peu près semblables, aux mêmes causes de maladies, sans être tous affectés de la même manière. De dix personnes qui feront un excès de table, ou qui recevront, ayant chaud, l'impression d'un courant d'air froid, les unes seront, dans le premier cas, prises de vomissemens, de gastrite, les autres de diarrhée, une autre de congestion au cerveau, etc. ; le plus grand nombre n'éprouvera pas même d'incommodité. Dans le second cas, ce sera la plèvre qui s'enflammera chez l'un ; chez le second, ce sera le tissu du poumon ; chez un troisième, le tissu musculaire, etc. ; les autres sortiront sains et saufs de cette épreuve. On peut raisonnablement penser que cette différence dans les effets, quand la cause est la même, tient à l'état des organes, chez des individus qui s'exposent aux mêmes chances de maladies. L'estomac s'affecte chez ceux qui ont cet organe plus faible ou plus irritable ; la tête, le poumon, la plèvre, etc., chez ceux qui ont ces organes plus susceptibles, et enfin la maladie n'a pas de prise, quand il existe un heureux équilibre entre toutes les parties de l'économie.

Voilà ce que l'on peut appeler, et ce que l'on entend en effet le plus souvent par prédisposition ; et c'est sans doute ce que M. Bouillaud admet pour la phthisie pulmonaire, comme pour toutes les maladies, sans attacher plus d'importance dans un cas que dans l'autre à cette prédisposition. Un individu deviendra phthisique lorsque ses poumons irritables contracteront facilement des bronchites et des pneumonies, surtout si l'on ne prend pas le soin d'arrêter ces inflammations avant qu'elles aient passé à l'état chronique. On hérite de la faiblesse des poumons de ses parens, comme on hérite de leur constitution en général ; mais ce n'est pas une condition nécessaire au développement de la phthisie : car, de même qu'un individu à large poitrine, à poumons robustes, peut devenir tuberculeux à la suite d'une pneumonie négligée, de même un homme né de parens phthisiques, et prédisposé à cette maladie par la faiblesse de ses poumons, peut éviter la formation des tubercules par des précautions, un régime, et, au besoin, un traitement convenables. S'il est plus difficile de prévenir la dégénérescence tuberculeuse dans des poumons éminemment irritables, que toute autre affection des autres organes à laquelle on serait prédisposé, c'est que nous n'avons aucun moyen de soustraire un seul instant les poumons à l'influence, continuellement agissante et nécessaire, du milieu dans lequel nous vivons, qui est une cause permanente d'irritation. Non-seulement nous ne pouvons pas donner le moindre repos à ces organes, mais c'est à peine si nous pouvons diminuer l'activité de l'air ambiant, éviter les changemens de température et les autres variations de l'atmosphère ; tandis qu'à l'aide d'un régime doux et approprié, de la diète, etc., on permet à l'estomac fatigué de réparer ses forces, et la suppression du travail intellectuel rétablit le libre exercice des fonctions du cerveau, etc.

Cette manière de concevoir la prédisposition à la phthisie, non pas comme un vice inhérent à la constitution générale de l'individu, mais simplement comme un état résultant d'une faiblesse et d'une irritabilité particulière des organes de la respiration, est, il faut en convenir, appuyée par ce que l'on sait de l'influence qu'exercent les conditions atmosphériques sur le développement de l'affection tuberculeuse. Cette maladie n'est-elle pas, en effet, surtout répandue dans les pays froids, et particulièrement dans ceux qui sont soumis à de brusques et fréquentes variations de température ? Or, quelle cause plus fréquente des affections bronchiques et des pneumonies, que ces mêmes variations de température ? Cette coïncidence n'est-elle pas bien faite pour porter à regarder la phthisie comme la conséquence la plus ordinaire des irritations pulmonaires fréquemment renouvelées ? On ne nous dit pas, il est vrai, si en Égypte, par exemple, où l'on n'observe pas de tuberculeux, les rhumes et les pneumonies y sont communs ; mais cela n'est pas probable. On a déjà dit que la phthisie est aux pays froids ce que les maladies du foie sont aux régions brûlées par le soleil ; il est donc plus naturel de chercher dans les circonstances extérieures, et non dans une prédisposition fatale, la cause de ces affections. Sans cela, comment s'expliquer que des individus, nés dans un pays où la phthisie est inconnue, contractent si facilement l'affection tuberculeuse quand ils viennent habiter les pays froids ; de même que des Européens, qui n'eussent jamais été atteints d'hépatite, s'ils ne fussent point sortis de leur pays, sont rapidement emportés par cette maladie sous le soleil de l'Afrique ? Est-ce donc une prédisposition apportée en naissant, qui tue les singes de nos ménageries dévorés par la phthisie, plutôt que le froid et les variations de notre température, qui déterminent constamment chez eux des irritations bronchiques (1) ?

On me pardonnera de m'être étendu si longuement sur la manière de concevoir la prédisposition à la phthisie, parce que, à mon sens, c'est là véritablement le point le plus important de la question, non-seulement pour se faire une idée théorique des causes et de la nature de cette maladie, mais encore pour chercher à la prévenir, et pour lui appliquer un traitement convenable.

(1) Il suit d'une note précédente, que mon opinion est que l'on doit tenir à la fois compte, et des causes ci-dessus indiquées, et de la prédisposition, en accordant à chacun de ces deux élémens la juste part qui lui est due dans la production des tubercules pulmonaires.

En effet, selon que l'on adopte l'opinion que l'affection tuberculeuse tient à un état général le plus souvent héréditaire, et auquel il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'échapper, ou bien l'opinion qui consiste à considérer les inflammations ordinaires des bronches et du tissu pulmonaire, comme les causes les plus fréquentes de la production des tubercules, on sera porté à donner plus ou moins de confiance au traitement antiphlogistique, dans la phthisie pulmonaire.

Maintenant que nous avons suffisamment développé la manière dont M. Bouillaud conçoit théoriquement la formation des tubercules dans les poumons, voyons si les faits s'accordent avec les opinions de ce professeur. D'abord, on doit être persuadé que cette idée, de la part de M. Bouillaud, observateur de faits avant tout, n'est pas une pure hypothèse bâtie en l'air et dans son imagination. M. Bouillaud possède un grand nombre d'observations dont il ne croit même pas que la science ait aujourd'hui besoin, pour appuyer des vérités qui lui semblent trop clairement démontrées. Il résulte de ces observations que la matière tuberculeuse n'est, dans la plupart des cas, si ce n'est même dans tous, que le produit d'une pneumonie mal guérie et passée à l'état chronique; et que dans d'autres, où la formation des tubercules était imminente, l'irritation ayant été combattue à l'aide d'un traitement antiphlogistique énergique et d'une diète sévère, les individus ont été rendus à la santé.

Mais pour ne parler ici que des faits qui se sont passés à la clinique, et qui ont pu être observés par tout le monde, on ne peut contester que plusieurs cas remarquables n'aient été favorables à la doctrine de M. Bouillaud, et n'aient justifié les opinions qu'il défend. Ainsi, parmi les vingt et un tuberculeux cités au tableau, un assez bon nombre ont obtenu un soulagement marqué, par l'application de sangsues et de ventouses sur différens points de la poitrine, et plusieurs sont sortis dans un état si satisfaisant, qu'on pouvait les regarder comme guéris. Nous avons déjà rapporté plusieurs faits de ce genre dans un autre Journal, et nous pouvons citer ici, en particulier, une femme couchée au n° 11 de la salle Sainte-Magdeleine. Cette malade, âgée de trente deux ans, présentait tous les signes d'une affection tuberculeuse *partielle*, tant d'après les renseignemens antérieurs, que par son état actuel. Le sommet du poumon gauche était principalement affecté. Toux habituelle, amaigrissement, expectoration abondante, oppression, souffle et pectoriloquie sous la clavicule gauche; matité, résonnance très forte de la voix dans la région du scapulum, etc.; tout caractérisait à un haut degré la maladie dont nous parlons. Cette femme, après un séjour d'environ six semaines à l'hôpital, pendant lequel elle fut soumise à un régime antiphlogistique et émollient, sortit dans le meilleur état possible, ne toussant plus, ne crachant plus, ayant à peine un peu d'oppression et reprenant déjà de l'embonpoint. M. Bouillaud, qui avait signalé l'existence d'une caverne, nous cita souvent cette malade comme un cas de guérison et de cicatrisation des poumons.

Il en fut de même d'un jeune homme de vingt-deux ans, couché au n° 1 de la salle Saint-Jean-de-Dieu; d'un homme de cinquante ans, et d'un autre de vingt-neuf, couchés aux N°s 4 et 23 de la même salle. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ces observations avec assez de détails pour mettre les lecteurs en état de juger du degré auquel était parvenue la désorganisation pulmonaire, et de l'amélioration qui suivit le traitement; mais on sent que ce n'est pas ici le lieu de tracer jour par jour l'histoire des maladies qui font le sujet de ces réflexions. Nous ne pouvons, sous peine de dépasser les bornes de cet article, que rappeler les faits, laissant aux personnes qui les ont suivis attentivement avec nous, le soin de les rapprocher de la doctrine énoncée plus haut, ou des observations qu'elles peuvent journellement recueillir elles-mêmes dans les hôpitaux.

L'examen attentif des poumons tuberculeux fournit encore à M. Bouillaud de nouvelles preuves du rôle important que joue l'inflammation dans la phthisie. Toujours le tissu pulmonaire, environnant les tubercules ou les cavernes, offre un état parfaitement analogue à ce que l'on trouve dans la péripneumonie. Ce tissu est rouge, induré, se déchire facilement sous les doigts, etc., et présente, enfin, les traces d'une véritable inflammation chronique. M. Bouillaud ne voit là qu'une pneumonie circonscrite, et il ne comprend pas comment on prétend distinguer cet état de l'inflammation ordinaire, dont il ne diffère sous aucun rapport. Pourquoi donc se comporter autrement dans le traitement de ces inflammations locales, que dans celles qui affectent une plus grande étendue des poumons, lorsqu'il n'existe pas de tubercules?

Je sais bien que la difficulté réside précisément dans la question de savoir si ces traces d'inflammation, dont on ne peut pas nier la réalité, sont la cause ou l'effet de la présence des tubercules. Dans l'une et l'autre hypothèse il n'est pas moins convenable de diminuer la congestion sanguine, qui entretient dans les poumons une irritation nuisible; mais on accordera d'autant plus de confiance aux émissions sanguines, et on les emploiera avec d'autant plus de persévérance, que l'on attribuera la formation des tubercules à cet état inflammatoire: tandis que, si l'on considère les tubercules comme des espèces de corps étrangers produits sous l'influence d'une cause encore inconnue, et agissant sur toute l'économie, il est clair que l'on attachera moins d'importance au traitement antiphlogistique, et que l'on craindra même d'ôter au malade la force de réagir contre ce principe délétère. Il était nécessaire de dire quelques mots des deux points de vue sous lesquels on peut envisager l'état inflammatoire des poumons dans l'affection tuberculeuse, afin de poser nettement la question et de mettre le lecteur à même d'adopter ou de rejeter, en connaissance de cause, l'opinion que nous retraçons ici. C'est encore pour éviter toute espèce d'erreur que nous insisterons sur ce point, qu'il ne suffit pas, dans l'opinion de M. Bouillaud, d'une simple bronchite chronique pour donner naissance à la phthisie pulmonaire; toutes les fois, en effet, que l'inflammation est bornée aux bronches, et qu'elle ne s'étend pas au tissu même des poumons, il ne peut y avoir formation de tubercules; mais il est rare qu'une bronchite très prolongée ne détermine pas l'inflammation du tissu pulmonaire environnant, et c'est pourquoi M. Bouillaud combat énergiquement les irritations bronchiques, comme il combat énergiquement les maladies aiguës en général, dans la

crainte de les laisser passer à l'état presque irréparable de maladies chroniques.

En résumé, l'opinion de M. Bouillaud sur l'affection tuberculeuse résulte de deux faits principaux : 1° les inflammations des poumons, telles que les pneumonies, lorsqu'elles passent à l'état chronique, donnent très souvent naissance à la matière tuberculeuse, chez des individus qui n'étaient pas spécialement prédisposés à la phthisie; 2° on trouve toujours les tubercules et les cavernes environnés de tissu pulmonaire enflammé; donc l'inflammation doit être regardée comme la principale cause déterminante de l'affection tuberculeuse (1). On pourrait ajouter à ces deux faits, les succès que M. Bouillaud obtient, dans le traitement de cette maladie, par les antiphlogistiques.

Après cet exposé des opinions du savant professeur auquel je suis attaché, on me permettra, malgré mon peu d'expérience, de proposer quelques-uns de mes doutes avec franchise.

D'abord, je ne puis m'empêcher de douter qu'il soit possible de produire telle ou telle maladie, quand bien même il serait permis de soumettre un individu à toutes les causes qui produisent le plus ordinairement ces maladies. Il me semble, au contraire, que les faits qui se passent journellement sous nos yeux, tendent à prouver qu'aucune maladie ne peut naître, sans une disposition toute particulière de l'économie, dont la nature échappe souvent à notre observation. Que cette disposition tienne, comme je l'ai dit, à la faiblesse de tel ou tel organe, ou bien à quelque modification du système nerveux en général, toujours est-il que l'on ne peut guère admettre qu'il soit possible de produire une pneumonie plutôt qu'une pleurésie, une péritonite plutôt qu'une entérite, une gastrique même plutôt qu'une congestion cérébrale (2). S'il en était autrement, on devrait, encore une fois, voir tous les individus qui s'exposent aux mêmes causes de maladies, être affectés de la même manière; tandis que le contraire a lieu presque constamment. Pourquoi, par exemple, sur un si grand nombre d'individus qui se jettent à la nage le corps couvert de sueur, dans une eau à 15 ou 18 degrés, y en a-t-il un petit nombre seulement victimes de cette imprudence? comment se fait-il que tous les hommes qui abusent des plaisirs de la table et des liqueurs spiritueuses, ne soient pas atteints de gastrite, ou de toute autre maladie organique de l'estomac? comment enfin, pouvons-nous, dans bien des cas, faire prendre impunément les médicamens les plus actifs, sans déterminer aucun accident, tandis que, dans une autre circonstance, le moindre irritant produira les troubles les plus marqués dans l'économie?

Je crois donc que l'on peut, jusqu'à présent, affirmer qu'il n'est pas dans nos moyens de produire d'autres maladies que celles qui se propagent par la contagion, ou celles qui résultent d'une violence extérieure. Il est probable que l'on tenterait sans succès de donner naissance à une véritable pneumonie, par exemple, ou à une pleurésie. On sent bien que je ne parle pas ici de celles que produirait une injection de liqueur irritante, dans la plèvre ou dans le poumon. Je suis bien loin de prétendre qu'il serait inutile de tenter des expériences dans ce sens; je suis, au contraire, parfaitement de l'avis de M. Bouillaud sur ce point: aucun sujet de recherches ne me paraît plus beau et plus important que celui-là; mais tant que les expériences n'auront pas été faites, je ne pense pas que l'on puisse admettre, *à priori*, la possibilité d'imiter la nature dans la reproduction des altérations organiques qu'elle met si souvent sous nos yeux.

Il me semble que l'on peut aussi présenter à M. Bouillaud quelques objections sur la part qu'il donne à l'inflammation du tissu pulmonaire, à la pneumonie, dans le développement de la matière tuberculeuse. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des individus succomber à une pneumonie passée à l'état chronique, à une pneumonie du troisième degré, dans laquelle l'inflammation a été portée jusqu'à la suppuration, sans trouver aucune trace de tubercules dans les poumons (1). D'un autre côté, combien d'individus sont pris tout-à-coup d'hémoptysies abondantes, à la suite desquelles l'affection tuberculeuse marche avec une rapidité effrayante, sans que l'on ait jamais observé chez ces individus d'autres symptômes qu'une grande susceptibilité à contracter des rhumes, un peu de dypsnée habituelle, mais sans aucune apparence de pneumonie? Pour moi, qui n'ai pas une connaissance immédiate des observations nombreuses recueillis, pendant plusieurs années, par M. Bouillaud, j'avoue que je n'ai pas encore vu, depuis que je suis attaché à son service, un assez grand nombre de faits, pour abandonner entièrement les anciennes idées que je me suis faites de la phthisie. Certes, je dois aux leçons de M. Bouillaud de reconnaître un rapport, trop souvent négligé, entre la pneumonie chronique et la production des tubercules; mais je crois encore que, dans la majorité des cas, c'est dans l'état général, et non dans une inflammation locale, qu'il faut chercher la cause de la phthisie.

Je ne me dissimule pas l'espèce de témérité qu'il peut y avoir de ma part à discuter les opinions d'un homme profondément versé dans la science comme M. Bouillaud: aussi, n'ai-je point la prétention de faire adopter mes idées; mais on sent qu'il m'était impossible d'y renoncer complétement en écrivant cet article. Peut-être même suis-je dirigé dans ma manière de voir par quelques recherches antérieures sur la nature chimique de la matière tuberculeuse; ces recherches m'ayant porté à faire dépendre l'affection tuberculeuse du sang lui-même, de ses propriétés physiques et chimiques, je dois avoir plus de peine qu'un autre à adopter des idées

(1) Rectifiez ce passage d'après les notes précédentes.

(2) Je suis tout-à-fait de l'avis de M. Donné, pour les cas qu'il a ici en vue. J. B.

(1) Il importe de ne pas confondre le troisième degré d'une pneumonie aiguë avec une pneumonie chronique proprement dite. M. Donné dit qu'il n'est pas très rare de voir des individus succomber à une pneumonie passée à l'état chronique, sans qu'on trouve aucune trace de tubercules dans les poumons. Cependant M. Donné sait très bien que, d'après les auteurs qui ne considèrent pas la tuberculisation des poumons comme la suite d'une pneumonie chronique, cette dernière est tellement rare qu'à peine peuvent-ils en citer un seul exemple. Pour moi, je saurai un gré infini à M. Donné, s'il veut bien publier les cas d'après lesquels il a été conduit à dire qu'il n'est pas très rare de voir des individus succomber à une pneumonie passée à l'état vraiment chronique, sans qu'il existe aucune trace, soit de *granulations*, soit de véritable matière tuberculeuse dans les poumons. J. P.

contraires, soutenues d'ailleurs avec beaucoup de lucidité et une grande force de raisonnement (1).

Je suis loin sans doute d'avoir développé d'une manière suffisante les opinions de M. Bouillaud; je sens qu'il eût fallu les rapprocher de celles de Laennec, de Bayle, de MM. Louis, Andral, Broussais, etc.; mais il est temps de passer aux autres sujets de ce compte-rendu (2).

OBSERVATION D'HÉMORRHAGIE DANS LE BULBE RACHIDIEN

(*Mort instantanée*);

Par M. le docteur JODIN,

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Les observations rapportées par Morgagni, qui, le premier, a donné une véritable impulsion à l'étude des hémorrhagies cérébrales, les travaux de MM. Rostan, Lallemand, Rochoux, et de quelques autres médecins de nos jours, ont nettement séparé de ces hémorrhagies des maladies avec lesquelles on les avait confondues jusqu'alors. On connait maintenant, d'une manière exacte, les lésions anatomiques de ces hémorrhagies, et les symptômes auxquels elles donnent lieu. On est parvenu à déterminer par les symptômes non-seulement l'existence, mais, dans la plupart des cas, le siége précis de l'hémorrhagie. Aussi la science a-t-elle peu de chose à désirer pour les hémorrhagies du cerveau, du cervelet, du mésocéphale et de différens points de la moelle épinière, que l'on a rencontrées un plus ou moins grand nombre de fois. Il n'en est pas de même pour l'hémorrhagie du bulbe rachidien, sur laquelle on ne possède aucune observation complète. On n'en trouve aucune, ni dans Morgagni, ni dans les auteurs que nous avons cités plus haut, ni dans les Monographies ou dans les Dictionnaires de médecine les plus récens (3). Tout ce que l'on a sur cette hémorrhagie se réduit à ce que dit M. Serres (*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, pag. 331, an 1819): « Une seule fois, j'ai » rencontré un *foyer secondaire et peu étendu*, dans » l'intérieur du renflement des éminences olivaires et pyra- » midales. Le malade n'avait survécu que sept heures. » Tout cela est bien vague, bien peu précis. Il n'y a point de description exacte de la lésion anatomique. Qu'est ce qu'un foyer secondaire et peu étendu? où est le foyer principal? Il n'y a point de description de symptômes; le malade n'avait survécu que sept heures. Mais, est-ce ce foyer secondaire et peu étendu qui a déterminé la mort? Il parait, du moins si nous interprétons bien les paroles de M. Serres, que c'est un foyer plus considérable, existant dans une autre partie de l'encéphale; mais alors il n'y avait point de symptômes pour le foyer du bulbe rachidien, soit que ces symptômes n'aient pas été observés, soit qu'ils aient été masqués par ceux du foyer principal. Ainsi, ce que dit M. Serres nous apprend seulement que des hémorrhagies peuvent se rencontrer dans le bulbe rachidien, sans nous dire, en même temps, quels symptômes elles déterminent. Aussi, jusqu'à présent, ne sait-on rien sur ces symptômes, et en est-on réduit à former des conjectures, puisque M. Cruveilhier (*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, art. APOPLEXIE) dit, après avoir indiqué les désordres de la respiration dans les hémorrhagies du mésocéphale, que probablement il doit en être de même dans celles du bulbe rachidien. L'observation qu'on va lire donnera quelque chose de positif à la place de toutes ces conjectures; elle prouvera que M. Cruveilhier n'a pas été assez loin dans ses prévisions, puisqu'il y a bien, à la vérité, dans les hémorrhagies du bulbe rachidien, comme dans celles du mésocéphale, des désordres de la respiration, mais que ces désordres sont infiniment plus prompts, plus marqués. Précieuse par sa rareté, cette observation nous présentant un foyer hémorrhagique unique, et des lésions fonctionnelles qui ne peuvent, par conséquent, être rapportées à aucune autre lésion organique, pourra servir à compléter l'histoire des hémorrhagies du système cérébro-spinal.

Batandier (Jeanne-Élisabeth), âgée, de soixante-quatre ans, d'une taille moyenne, d'un embonpoint assez considérable, a été admise à l'hospice de la Salpêtrière pour des attaques d'hystérie, qui ont commencé à dix-sept ans, époque de l'apparition des règles. Ces attaques très violentes, avec perte complète de connaissance, se répètent constamment aux époques menstruelles, se suspendent pendant une grossesse unique, survenue à l'âge de trente ans, et enfin disparaissent sans retour à quarante ans, lors de la cessation des menstrues. L'intelligence ne parait pas avoir beaucoup souffert de ces attaques, et est assez bien conservée pour que Batandier, qui a l'usage de la parole, mais pour qui cette parole est devenue presque inutile, par une surdité complète existant depuis l'enfance, puisse, à l'aide des signes, communiquer avec ses semblables. Elle est très irascible, caractère assez ordinaire chez les sourds, qui voyant remuer les lèvres pour prononcer des mots qu'ils n'enten-

(1) Les précieuses recherches de M. le docteur Donné, ainsi que je crois l'avoir prouvé dans des leçons faites récemment sur la phthisie pulmonaire, sont bien loin d'être en contradiction avec les idées que je professe sur la *nature* de cette maladie. Quant à ce que dit M. Donné sur l'influence de l'état général dans la phthisie, cela rentre dans la prédisposition générale que je ne conteste certainement pas. Mais, la prédisposition générale existant, pourquoi les poumons se tuberculisent-ils souvent seuls, sinon sous l'influence des circonstances signalées précédemment? J. B.

(2) Ainsi que le rapporte plus haut M. le docteur Donné, j'avais cru jusqu'ici qu'il n'était pas besoin de nouveaux faits pour démontrer l'espèce de relation qui existe entre le développement de la tuberculisation des poumons et certaines phlegmasies chroniques de ces organes. Mais l'état actuel de l'opinion médicale, sur ce point capital de clinique, me prouve que je me suis un peu abusé à cet égard; c'est pourquoi je me propose de publier prochainement un travail assez étendu sur la tuberculisation pulmonaire. D'ailleurs, j'applaudis de bon cœur à la discussion dans laquelle vient d'entrer M. le docteur Donné. J. B.

(3) J'ai publié, dans le tome II du *Journal hebdomadaire* (pag. 56), un cas d'hémorrhagie de la moelle alongée, que je dois rappeler ici, seulement en raison de la rareté des observations de ce genre, et des points de contact qu'il me parait avoir, sous plusieurs rapports, avec le fait intéressant recueilli par M. Jodin. Le sujet de l'observation que je rappelle tomba brusquement sans pouvoir se relever, et mourut au bout de deux ou trois heures, ayant la respiration stertoreuse, et agité de mouvemens épileptiformes.

(J. Bouillaud.)

dent pas, s'imaginent constamment être en butte à la plaisanterie. Sa démarche est bizarre, saccadée, et n'offre cependant aucune trace de paralysie, puisqu'elle est assurée, ferme. Du reste, Batandier jouit d'une bonne santé, se présente rarement à la consultation, et ne s'y présente que pour des indispositions légères. Le 28 octobre, à midi, se trouvant au milieu d'un groupe de femmes, elle est prise d'un violent accès de colère, pousse un cri, s'appuie contre un mur, et glisse à terre; on la relève, elle était morte.

Nécropsie, quarante heures après la mort, en présence de M. Rostan et de la plupart des élèves de l'hôpital.

Tête. La face assez maigre, et peu en rapport avec l'embonpoint du reste du corps, est extrêmement pâle, tandis que l'on observe de larges ecchymoses à la partie postérieure de la tête et du tronc; le crâne peu épais; les sinus de la dure-mère gorgés de sang; la pie-mère, fortement injectée, se détache facilement de la substance cérébrale; le lobe moyen droit du cerveau présente une dépression assez prononcée. Le cerveau est ferme et consistant; les deux hémisphères coupés par tranches présentent une injection assez vive des deux substances, mais point de foyer hémorrhagique, point de trace d'hémorrhagie ancienne. Les ventricules sont secs, complètement vides de sérosité; les plexus choroïdes sont épaissis, granuleux; les corps striés et les couches optiques sont sains. Nous n'espérions pas, nous n'avions jamais espéré rencontrer dans le système cérébro-spinal la cause d'une mort aussi subite, lorsqu'après avoir divisé la moelle épinière, au-dessous du bulbe rachidien, nous enlevons ce bulbe avec le cervelet et sa protubérance annulaire, et avec toutes ces parties un caillot sanguin, irrégulièrement arrondi, de la grosseur d'une noix, adhérant à la partie postérieure du bulbe rachidien, s'étendant en haut jusqu'au niveau de l'ouverture du quatrième ventricule, qu'il ferme exactement. Les pyramides sont restées blanches et intactes, mais les éminences olivaires sont détruites en partie, la droite plus que la gauche; mais les corps restiformes sont complètement détachés et se retrouvent en lambeaux au milieu du caillot. Ce caillot divisé laisse à découvert le point de départ de l'hémorrhagie, dans la substance grise centrale, à quatre ou cinq lignes au dessous du bord inférieur de la protubérance annulaire, qui est un peu plus molle que dans l'état normal, mais qui, du reste, paraît saine, sans injection, ainsi que le cervelet. Une énorme quantité de sérosité sanguinolente remplit le canal rachidien, et s'écoule en partie par le trou occipital, en partie par l'ouverture faite au rachis pour examiner la moelle épinière, qui est saine, non injectée. L'absence complète de sérosité dans les ventricules cérébraux, existant en même temps que cette accumulation dans le canal rachidien, est due sans doute à la présence du caillot, placé, comme nous l'avons dit, de manière à intercepter toute communication entre ces ventricules et l'extérieur de la moelle.

Poitrine. Les deux poumons sont gorgés d'un sang noir, mais ne présentent nulle trace d'emphysème. Les cavités droites du cœur sont également gorgées de sang noir, mais il n'y a ni hypertrophie de ses parois, ni rétrécissement ou dilatation de ses cavités; il n'y a pas non plus d'ossifications dans les gros troncs artériels.

L'abdomen n'a rien présenté de remarquable; tous les organes qu'il renferme sont parfaitement sains.

Réflexions. Le silence que les auteurs ont gardé sur les hémorrhagies du bulbe rachidien prouve qu'elles doivent être infiniment rares; cette rareté se trouve suffisamment justifiée par la structure et les usages de cette partie, la plus dure de tout le système cérébro-spinal, peu riche en substance grise, enveloppée par des bandes épaisses de substance blanche, paraissant destinée plutôt à transmettre les impressions du cerveau, qu'à être elle-même le siége de perception, peu susceptible d'être influencée par les passions, et, par cela même, peu exposée aux désorganisations qui affectent si fréquemment les autres portions de l'encéphale. Ici se montre toujours la constante prédilection de l'hémorrhagie pour la substance grise. Partie de la substance grise centrale, l'hémorrhagie respectant les pyramides s'est portée en arrière et sur les côtés vers les corps restiformes et les éminences olivaires, qui ont été complètement détachées. Ainsi ont été détruites d'un seul coup les racines de tous les nerfs respirateurs. De là, asphyxie brusque, mort instantanée. Cette instantanéité de la mort n'appartient à aucune des hémorrhagies du système cérébro-spinal observées jusqu'à ce jour. En effet, bien qu'on ait attribué autrefois, et que quelques médecins, peu accoutumés à faire des autopsies, attribuent encore à des apoplexies ces morts subites, qui arrivent assez fréquemment, ont sait aujourd'hui qu'il n'en est pas ainsi; que ces morts subites sont déterminées, les unes par des causes encore inconnues, puisque l'ouverture du corps ne montre rien qui puisse expliquer la mort, les autres par des ruptures du cœur et de la naissance de l'aorte, ainsi que l'ont fait connaître les faits publiés par M. Rostan, dans le *Nouveau Journal de Médecine*, et ceux que l'on a observés depuis. On sait que lorsque la mort est due à une hémorrhagie cérébro-spinale, toujours un intervalle plus ou moins long sépare l'attaque du moment de la mort, intervalle d'autant plus court que le foyer hémorrhagique est plus abondant, plus rapproché du bulbe rachidien. Les faits pathologiques étrangers aux hémorrhagies, et les expériences physiologiques qui ont établi la nature des fonctions des diverses parties du système nerveux, rendent suffisamment raison de ces différences dans la rapidité de la mort. Ainsi, au dessus du bulbe, le cerveau, paraissant plus spécialement affecté à l'intelligence, n'est pas indispensable à l'exercice de la vie, au moins pendant un certain temps, puisqu'on a rencontré des absences complètes du cerveau chez des individus qui néanmoins avaient vécu; des atrophies de la moitié, des deux tiers des hémisphères, chez des idiots qui se portaient très bien; puisque enfin, et souvent, il a été lésé impunément chez l'homme, et qu'on peut l'enlever presque entièrement chez les animaux, sans que pour cela la vie s'arrête. Le cervelet non plus n'est pas indispensable, puisque là aussi on a quelquefois rencontré des atrophies, puisqu'une observation récente, recueillie par M. Combette, et lue à l'Institut, a montré, chez une petite fille de onze ans, qui n'avait offert que sur la fin de sa vie des traces de paralysie, une absence complète du cervelet et du mésocéphale, absence qui remontait probablement à la vie fœtale. Au dessous du bulbe, les hémorrhagies n'entraînent pas non plus une mort subite, puisque la moelle épinière présidant

aux mouvemens des membres et du tronc, l'individu peut vivre avec une paralysie de ces parties, tant que la respiration s'exécute. Mais dans le bulbe rachidien, entrecroisement, concentration de tout le système nerveux, constituant, pour ainsi dire, le nœud vital, source de tous les nerfs respirateurs, toutes les lésions complètes sont instantanément mortelles, puisqu'elles entraînent nécessairement la suppression de la respiration, et que sans respiration il n'y a plus de vie possible : ce fait est connu non-seulement des médecins, mais même du vulgaire. Tous les chasseurs, les bouchers d'armée, savent que pour donner une mort prompte à un animal, il faut le frapper, non pas à la tête, mais à la nuque, entre la première vertèbre et l'occipital.

L'instantanéité de la mort reste donc en propre à l'hémorrhagie *bulbo-rachidienne*, la distingue de toutes celles des autres parties du système cérébro-spinal. Si maintenant nous joignons à cette instantanéité le cri poussé par la malade, la manière dont la chute s'est opérée, l'absence de tout symptôme antérieur du côté du cœur, nous aurons un ensemble de signes qui pourra faire soupçonner, avant l'autopsie, que la mort est due à cette hémorrhagie, plutôt qu'à une rupture du cœur.

Enfin nous terminerons, en faisant remarquer que les poumons gorgés de sang ne présentaient nullement cet état emphysémateux que M. Serres a signalé dans les hémorrhagies du mésocéphale, et qu'il attribue à la compression des nerfs pneumo-gastriques. Mais dans ces hémorrhagies la compression arrive graduellement, en suivant les progrès de l'épanchement; même lorsqu'ils sont paralysés, la respiration, quoique imparfaite, s'exécute encore; la poitrine se dilate, l'air s'introduit dans les poumons; cet air introduit, comprimé lors de l'expiration, et ne pouvant être expulsé par les poumons paralysés, déchire le tissu pulmonaire, et produit ainsi l'emphysème. Ici la respiration a cessé brusquement, complètement; seulement le cœur a continué à envoyer, pendant quelque temps, ce sang qui engorgeait les poumons.

QUELQUES RECHERCHES ET EXPÉRIENCES NOUVELLES SUR DIVERS BRUITS DES ARTÈRES ET DU COEUR,

Étudiés à l'état normal et anormal;

Par M. BOUILLAUD,

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

M. Laennec, on ne saurait trop le répéter, s'est acquis une gloire immortelle par ses admirables travaux sur l'auscultation. Mais quelque soin et quelque habileté que ce grand observateur ait apportés dans l'application de sa précieuse découverte, il s'en faut cependant qu'il en ait épuisé toutes les conséquences, et, si l'on ose le dire, toute la fécondité.

C'est ainsi, par exemple, que jusqu'à ces derniers temps, on avait trop négligé l'auscultation des battemens artériels, soit dans l'état anormal, soit aussi dans l'état normal. Pour concourir, autant qu'il était en moi, à remplir cette lacune, je n'ai cessé, depuis la publication du *Traité des maladies du cœur*, de multiplier les observations et les expériences. La singulière théorie du bruit du soufflet en général, donnée par M. Laennec, dans la seconde édition de son ouvrage, diamétralement opposée à celle que je m'étais permis de proposer dès l'année 1823, dans un Mémoire que je publiai sur le diagnostic du rétrécissement des orifices du cœur (1), ne fit qu'exciter mon zèle.

Je vais consigner ici quelques-uns de principaux résultats des recherches auxquelles je me suis livré.

ARTICLE PREMIER.

Du Bruit artériel dans l'état normal.

J'ai ausculté un nombre presque infini de fois le pouls des principales artères, telles que l'aorte, les carotides, les sous-clavières, les branchiales, les iliaques externes, les crurales, les poplitées (2). Or, lorsque l'une de ces artères est ébranlée par la secousse que lui communique l'onde sanguine, mise en mouvement à chaque contraction du ventricule gauche, on entend un bruit léger, sourd, en quelque sorte *mat*, qui varie d'ailleurs, suivant le volume de l'artère et la force de son pouls (3). Ce bruit ne ressemble, pour ainsi dire, exactement qu'à lui-même : on peut toutefois le comparer à celui qu'on produit en frottant légèrement et brusquement deux doigts l'un contre l'autre, comme, par exemple, dans l'action de donner une *chiquenaude*. Il est, au reste, très facile de rendre plus sensible le bruit sourd qui accompagne chaque battement artériel : il suffit, en effet, pour cela, d'appuyer un peu fortement sur l'artère, de la comprimer avec l'instrument. Alors on entend distinctement un bruit de soufflet, tout-à-fait semblable à celui qui a lieu dans les cas de rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur, ou bien encore au bruit de soufflet que l'on entend chez les femmes enceintes, en auscultant l'abdomen, à une certaine époque de la grossesse.

Cette expérience confirme pleinement l'explication que j'ai donnée, il y a déjà dix ans, du bruit de soufflet, de scie ou de râpe, qui se fait entendre chez les individus affectés de la lésion que je viens d'indiquer (rétrécissement des orifices du cœur). Avant de l'avoir encore faite, j'avais dit aussi plusieurs fois, dans mes cours de médecine, que le bruit de soufflet, chez les femmes grosses, me paraissait plutôt être le résultat de la compression exercée par l'uté-

(1) Ce Mémoire a été inséré dans les *Archives générales de médecine*.

(2) Le plus ordinairement, j'ai procédé à ces recherches avec un stéthoscope dépourvu de son embout. On peut ausculter sur soi-même les bruits des artères et du cœur, ainsi que je l'ai fait, au moyen d'un cornet acoustique adapté à à un tube de gomme élastique, dont on peut, à son gré, varier la longueur.

(3) J'ai fait les expériences dont il s'agit, chez des sujets différant d'âge, de sexe, de tempérament, et j'ai pu constater ainsi les modifications que ces circonstances apportent dans le bruit des battemens artériels.

rus et le produit de la conception sur les gros troncs artériels contenus dans le bassin, que l'effet du passage du sang dans les vaisseaux placentaires, comme le pensait M. Kergaradec, qui le premier a fait connaître ce curieux phénomène, désigné par lui sous le nom de *souffle placentaire*.

Le bruit artériel ne présente pas seulement des variétés, suivant les circonstances que j'ai brièvement exposées plus haut; mais il m'a semblé aussi que l'épaisseur, plus ou moins grande des parois des artères, était une source de modifications pour ce phénomène. Des faits que j'ai observés jusqu'à ce moment, il résulte, si je ne me trompe, que la *clarté* de ce bruit, toutes choses égales d'ailleurs, est en raison inverse de l'épaisseur des parois artérielles (1). Nous avons eu récemment sous les yeux un cas qui vient à l'appui de cette opinion.

Il existait, au n° 13 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (service clinique de la Charité), un homme dont les artères battaient avec une force très considérable, et dont les parois explorées par le toucher semblaient très épaisses, et vraiment hypertrophiées. Hé bien! si l'on appliquait l'instrument sur une de ces artères, la crurale, par exemple, et qu'on ne la comprimât pas, c'est à peine si l'on distinguait le bruit de ses battemens, tant il était sourd; que si l'on appuyait avec une certaine force sur l'artère, alors on entendait un bruit de soufflet très prononcé, en même temps que la tête qui reposait sur l'instrument était repoussée avec énergie par la secousse artérielle.

Quelle est la cause du bruit artériel? Il n'est qu'une seule explication plausible de ce phénomène, et cette explication est si simple, qu'elle se présente pour ainsi dire d'elle-même à l'esprit: elle consiste à considérer le bruit artériel comme l'effet du frottement et du choc de la colonne sanguine contre les parois artérielles, et de là l'expression générique de bruit de frottement, que, depuis cinq ans passés que j'ai commencé à professer la médecine, j'ai adoptée pour désigner ce bruit, et les nombreuses variétés qu'il présente dans l'état normal, et dont il sera question plus loin.

Si, au moyen d'une seringue convenablement disposée, on injecte dans les artères une certaine quantité d'eau, et qu'on applique l'oreille armée du stéthoscope sur ces vaisseaux, on entend, à chaque mouvement d'injection, un bruit de soufflet tout-à-fait semblable à celui que j'ai signalé plus haut. J'ai, de concert avec M. le docteur Donné, répété cette expérience un très grand nombre de fois, et le résultat a toujours été le même (2).

C'est ici le lieu de consigner le résultat de quelques expériences, faites par M. Pelletan, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

« 1° Lorsqu'un liquide se meut avec une vitesse quel-
» conque, dans un canal dont la surface interne est lisse,
» on ne perçoit à l'extérieur aucune espèce de bruit (1).
» Il n'en est pas ainsi lorsque cette surface est inégale, ou
» qu'elle présente des saillies plus ou moins prononcées:
» on perçoit alors à l'extérieur un bruit d'une nature par-
» ticulière, qui serait assez bien dépeint par l'expression
» de *bruissement*.

» 2° Quand le canal est métallique, indépendamment du
» bruit, qui peut être perçu à distance, mais qui paraît
» très fort à l'auscultation médiate ou immédiate, on sent
» encore, par l'application du pied ou de la main, un *mou-*
» *vement de vibration* dans les parois du tuyau. Ces ef-
» fets se produisent avec beaucoup d'intensité, lorsque le
» mouvement du liquide est rapide. On les observe très
» bien dans les tuyaux de cuir ou de toile des pompes à in-
» cendie.

» 3° Le genre de vibration qui vient d'être indiqué, est
» très prononcé dans les cas de rétrécissement brusque des
» canaux, et lorsque le liquide rencontre des obstacles si-
» tués au travers du canal.

» 4° Les bruits qui se produisent dans les canaux où un
» liquide circule, se transmettent à une grande distance le
» long de ces canaux, soit par l'intermédiaire des parois,
» soit par la colonne du liquide elle-même. »

ARTICLE SECOND.

Du Bruit artériel dans l'état anormal.

C'est par l'étude du bruit des battemens artériels à l'état anormal que j'ai commencé mes recherches, et M. Laennec paraît avoir presque exclusivement borné les siennes à cette moitié du sujet qui nous occupe. Il importe de mettre d'abord, sous les yeux du lecteur, la doctrine de ce célèbre médecin et de quelques autres observateurs. Ce sera l'objet d'un premier paragraphe; dans un second, j'exposerai le résultat des observations et des réflexions qui me sont propres.

§ Ier.

Après avoir admis trois espèces de bruit de soufflet (le bruit de *soufflet* proprement dit, le bruit de *scie* ou de *râpe* et le bruit de *soufflet sibilant*), et les avoir décrites avec cette finesse d'observation qu'on ne saurait lui contester, M. Laennec essaie de déterminer les causes de ce bruit. Il conclut de la discussion approfondie de toutes les circonstances dans lesquelles ce phénomène a lieu, qu'il est dû *à un état vital particulier, à une sorte de spasme ou de tension de l'artère, ou bien à un état particulier du sang, ou à la manière dont il est mû.* (*Ausc. méd.*, t. II, pag. 429; 2e édit.) Eliminant cette dernière supposition, attendu que souvent le phénomène existe dans la carotide ou l'artère brachiale, tandis que la sous-clavière et l'aorte ascendante ne le présentent pas, M. Laennec adopte

(1) Il me paraît également très vraisemblable que le plus ou moins de *flaccidité* des parois artérielles influe notablement sur le bruit des battemens des artères.

(2) Plusieurs élèves ont été témoins de cette expérience. M. le docteur Dalmas, dont l'esprit observateur est bien connu, a constaté avec nous l'existence du bruit dont je viens de parler.

(1) Je ne suis pas bien convaincu de cette assertion, prise dans un sens aussi absolu. Ce qu'il y a de certain, ainsi qu'il a été dit un peu plus haut, c'est que, en injectant de l'eau dans une artère dont la surface interne est très lisse, on produit une espèce de bruit de soufflet très distinct.

la première hypothèse. En faveur de ce système viennent déposer, suivant lui, les expériences de MM. Erman et Wollaston sur le bruit *rotatoire* ou de contraction musculaire, expériences répétées plusieurs fois par E. Laennec lui-même. Il en est ainsi, selon notre illustre observateur, du frémissement calcaire et des bruits que l'on entend à une certaine époque de la grossesse. Admettant une similitude parfaite entre le bruit musculaire intermittent (1) et le bruit de soufflet du cœur et des artères, M. Laennec affirme, sans hésiter, que celui-ci est dû à une contraction spasmodique, soit du cœur, soit des artères, et ne suppose aucune lésion organique de ces organes (pag. 441—443).

Le seul trouble de la santé qui ait paru à M. Laennec coïncider constamment ou à peu près avec le bruit de soufflet du cœur et des artères, est une agitation nerveuse plus ou moins marquée, et qui est toujours en raison directe de l'étendue de ce bruit. On ne le rencontre jamais, ajoute M. Laennec, dans l'orgasme fébrile bien caractérisé, *à moins que le sujet ne soit d'une grande mobilité nerveuse.* Enfin, dit-il, « lorsque le bruit de soufflet existe à la fois » dans l'aorte, dans les carotides et dans les troncs arté- » riels des membres, le malade est dans un état d'angoisse » et d'anxiété extrêmes. *Si le cœur et la plupart des* » *artères présentent le même phénomène, la vie* » *est en péril....;* mais cependant il est bien rare que le » malade succombe quand il n'y a pas en même temps af- » fection organique du cœur (t. II. pag. 442).»

Le bruit de soufflet, d'après les faits observés par M. Laennec, est très commun, à un léger degré, chez les hypochondriaques et les femmes hystériques, ainsi que chez les jeunes gens délicats, irritables, sujet à des hémorrhagies. Le cas suivant, rapporté par M. Laennec, nous paraît mériter d'être consigné ici.

Un malade tombé dans un état de cachexie très prononcé par suite de la syphilis, ne présentait, lorsqu'il était couché ou debout, ni bruit de soufflet, ni frémissement cataire dans le cœur ou les artères, ni aucun signe de maladie organique quelconque. Lorsque ce malade se relevait dans son lit, en s'appuyant sur le coude, un frémissement cataire léger, mais bien sensible, se manifestait dans l'étendue d'un pouce carré au dessus de la clavicule droite, et l'on entendait alors au même endroit un bruit de soufflet très diffus, sans saccade artérielle, et tellement continu, que ce sujet est du nombre de ceux qui l'*avaient fait douter si le phénomène ne pouvait pas quelquefois avoir lieu dans la jugulaire interne.* Ces phénomènes cessaient subitement, en faisant mettre le malade sur son séant et à son aise. (*Op. cit.*, t. II, pag. 453.)

Quelque respect que je professe pour l'autorité de l'illustre inventeur de l'auscultation médiate, je ne puis concevoir comment il a pu attribuer d'une manière générale et exclusive, toute espèce de bruit de soufflet *à un état vital particulier, à une sorte de spasme de l'artère ou du cœur.* Quoi! fallait-il donc en appeler aussi aux mystères du *vitalisme*, pour expliquer le bruit de soufflet, de scie ou de râpe, qui accompagne le rétrécissement des orifices du cœur ? Pour moi, je m'en tiens toujours à la théorie que j'ai donnée de ces bruits, dans le cas dont il s'agit. « Rien » ne nous semble plus facile, d'ailleurs, disais-je en 1823 » (Mémoire cité), que de concevoir le mécanisme du bruit » qui accompagne l'existence d'un rétrécissement des ori- » fices du cœur. En effet, le sang étant obligé de passer de » la cavité des oreillettes ou de celle des ventricules, à tra- » vers une ouverture très étroite, doit éprouver un frot- » tement plus ou moins considérable, et c'est précisément » ce frottement qui produit le *susurrus*, le bruit de souf- » flet ou de râpe. C'est de la même manière que s'explique » ce frémissement vibratoire, que M. Laennec a désigné » sous le nom de frémissement *cataire.* »

J'ai plus tard soutenu la même explication dans le *Traité des maladies du cœur* (page. 226 — 227). Toutefois, même à cette époque, je reconnaissais qu'il existait des cas où le bruit de soufflet n'était pas le résultat d'un rétrécissement des orifices du cœur (1).

Depuis la publication du *Traité des maladies du cœur*, j'ai eu un très grand nombre d'occasions d'observer le bruit dit de soufflet des artères, dans des cas où il n'en existait pas dans le cœur lui-même, et je me suis appliqué dans les leçons que j'ai faites sur les maladies du système circulatoire, à bien distinguer les cas de ce dernier genre, de ceux où le bruit de soufflet est incontestablement le résultat d'un rétrécissement des orifices du cœur.

Comme, sous ce point de vue, je n'ai pas le bonheur d'être tout-à-fait d'accord avec M. Laennec, je demanderai au lecteur la permission de placer sous ses yeux les pièces du procès.

M. Laennec dit avoir reconnu trois ou quatre fois seulement, au bruit de soufflet et au frémissement cataire, l'induration des valvules du cœur. (T. II, p. 580; 2e édit.) Je suis étonné que ce célèbre observateur n'ait, dans l'espace de quatre ans, trouvé que trois ou quatre fois l'occasion de reconnaître ainsi l'induration des valvules. Trois ans avant la seconde édition de l'ouvrage de M. Laennec, j'avais eu, dans l'espace d'une seule année, un plus grand nombre d'occasions de diagnostiquer cette maladie, et j'avais publié quatre observations où le diagnostic avait été confirmé par l'inspection cadavérique. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis huit à neuf ans, je ne crois point exagérer, en disant que j'ai diagnostiqué la même maladie au moins une trentaine de fois, et lorsque les malades ont succombé (une douzaine de fois au moins), l'ouverture a justifié le diagnostic. Un bon nombre d'élèves ont été témoins de ce que j'avance : je ne ferai que dire une vérité de ma plus intime conviction, en affirmant ici que, pour moi, il n'est guère de maladie *organique* dont le diagnostic me paraisse plus facile à établir sur les données les plus certaines, que celui du rétré-

(1) Voici un exemple de ce bruit, cité par M. Laennec: Si l'on applique le stéthoscope sur l'un des condyles de l'humérus d'un homme dont un aide soutient le bras, et qu'on lui dise d'étendre et de fléchir alternativement et sans effort, l'avant-bras sur le bras, on entend un bruit tout-à-fait semblable à celui qui est donné par le jeu d'un soufflet. J'ai répété cette expérience, et je pense que le bruit auquel elle donne lieu est un pur effet du frottement de la partie mise en mouvement contre le stéthoscope.

(1) Quelquefois, disais-je, on entend un bruit de soufflet dans la région précordiale, sans qu'il existe de rétrécissement des orifices: il n'est pas permanent comme ce dernier. (Ouv. cité, pag. 226.)

cissement des orifices du cœur, assertion que l'on trouvera d'ailleurs dans le Mémoire que j'ai publié, il y a dix ans, sur la question dont il s'agit.

Au moment même où je rédige cet article, il existe dans nos salles de clinique quatre femmes, chez lesquelles nous avons reconnu facilement l'existence de cette maladie, et chez ces quatre malades, comme chez tous ceux que j'ai déjà eu occasion de voir en si grand nombre, il existe un bruit de soufflet, de scie ou de râpe dans la région précordiale (1).

Revenons à M. Laennec. Après avoir décrit les espèces de bruit qui ont lieu dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur, ce célèbre observateur ajoute : « Les phénomènes » dont il s'agit ne sont pas dus, comme on pourrait le » soupçonner au premier abord, au passage du sang sur » une surface plus ou moins raboteuse, mais bien à l'é- » nergie spasmodique que doit acquérir la contraction » musculaire pour vaincre l'obstacle opposé par le rétré- » cissement. Or, toutes les causes autres qu'un rétrécisse- » ment, qui peuvent déterminer la contraction spasmo- » dique du cœur, peuvent également produire le bruit » de soufflet et le frémissement cataire ; sous ce rapport, » dans la première édition de mon ouvrage, j'ai attaché » trop d'importance, comme signes, à l'existence du » frémissement cataire et du bruit de soufflet, que je ne » connaissais encore que très imparfaitement. » (2e édit., pag. 581, tom. II.)

A l'article consacré au spasme du cœur (t. II, pag. 755), M. Laennec répète que le bruit de soufflet peut dépendre d'une *simple modification de l'innervation*. Enfin, en traitant *du spasme des artères, avec bruit de soufflet et frémissement cataire* (t. II, pag. 763), M. Laennec, après avoir redit encore une fois que ces phénomènes *ne sont point liés à des lésions organiques qui puissent permettre d'en pénétrer les causes*, et que tout porte à croire qu'ils sont dus à UNE ANOMALIE DE L'INFLUX NERVEUX, expose les expériences qu'il a faites sur les tuyaux de cuir des pompes à incendies ou à arrosement, pour s'assurer de ce qu'il peut y avoir de purement physique dans les phénomènes de bruit de soufflet et de frémissement cataire. Comparant les résultats de ces expériences avec ceux obtenus dans les recherches sur le bruit de soufflet et le frémissement cataire des tuyaux artériels, il en conclut encore une fois que tout prouve que les phénomènes dont il s'agit sont ENTIÈREMENT DUS A UNE ALTÉRATION DES ACTIONS VITALES ; en d'autres termes, qu'ils ne se rattachent pas à des causes physiques. Et cependant M. Laennec a constaté, dans les expériences sur les tuyaux de cuir, que l'on entendait un bruit analogue à celui de soufflet, lorsque ces tuyaux étaient alternativement comprimés et relâchés ! Et cependant encore, à la page 443 du tome second de son ouvrage, M. Laennec dit en propres termes que, pour produire le bruit de soufflet, il suffit d'appuyer un peu fortement sur le stéthoscope, c'est-à-dire de comprimer le tuyau artériel ! Or, nous le demandons, n'y aurait-il rien de physique dans l'expérience signalée ici par M. Laennec ? Est-ce à un influx nerveux vital, et non au rétrécissement de l'artère, qu'il faut attribuer ici le bruit de soufflet ?

On voit donc, par les citations précédentes, qu'il est impossible de se prononcer plus formellement que ne le fait M. Laennec, contre l'opinion qui attribue le bruit de soufflet ou de râpe, dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur et d'induration de leurs valvules, au frottement augmenté de la colonne sanguine qui traverse ces orifices. Pour moi, je persiste, encore une fois, dans l'opinion que j'ai anciennement avancée, et j'y persiste d'autant plus volontiers, qu'elle s'accorde merveilleusement avec cette expérience dans laquelle il suffit de produire artificiellement, par la compression, un rétrécissement dans une grosse artère, pour produire le bruit de soufflet. Les expériences faites sur le cours des liquides, dans des tuyaux inertes viennent également à l'appui de l'opinion dont il s'agit, comme on l'a déjà vu plus haut, et comme on le verra ci-après. J'ajouterai qu'il ne m'est jamais arrivé, comme à M. Laennec et à quelques autres observateurs, de rencontrer un rétrécissement *notable* de l'un ou de plusieurs des orifices du cœur, sans qu'il existât un bruit de soufflet ou de râpe plus ou moins prononcé.

Quand à l'explication nouvelle de M. Laennec, elle tombe d'elle-même, si l'on veut bien faire attention qu'il n'y a presque aucun rapport entre le bruit musculaire proprement dit et celui dont il est ici question. Que si, dans les expériences dont parle M. Laennec, on a produit un bruit assez semblable à celui de soufflet, c'est que ces expériences donnaient lieu à un frottement plus ou moins considérable, et c'était à cette cause, et non au bruit de la contraction musculaire elle-même, comme le croit M. Laennec, qu'était dû le bruit de soufflet.

Cela posé, examinons quelques recherches faites, il y a peu de temps, en Angleterre, sur le sujet qui nous occupe.

M. le professeur CORRIGAN, dans ses *Recherches sur une nouvelle maladie du cœur (ouverture permanente de l'entrée de l'aorte, produite par l'insuffisance des valvules)*, a consigné des remarques intéressantes sur le bruit de soufflet (1). Ce bruit est, suivant l'auteur, un des symptômes caractéristiques de la prétendue maladie nouvelle dont il traite. Il a lieu dans l'aorte ascendante, les carotides et les sous-clavières : en même temps, dans ces dernières (carotides et sous-clavières), le doigt *sent un frémissement*. Ce phénomène, purement hydraulique, s'explique de la manière suivante, d'après M. Corrigan : quand les valvules aortiques empêchent tout reflux du sang, alors le vaisseau est complètement tendu, le sang est projeté en masse, et il n'y a ni mouvement vibratoire, ni bruit dans le vaisseau. Mais quand d'insuffisantes valvules laissent une

(1) Un des malades vient de succomber. J'avais annoncé que le principal obstacle au cours du sang existait à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. L'autopsie cadavérique a justifié ce diagnostic. L'orifice indiqué était tellement rétréci, qu'il admettait à peine le bout du petit doigt. Les deux lames de la valvule bicuspide étaient en partie fibro-cartilagineuses, en partie *ossifiées*, et l'orifice qu'elles bordent, vu du côté de l'oreillette, offrait une ressemblance frappante avec le *museau de tanche*, comparaison dont je me sers d'autant plus volontiers, que M. le docteur Capuron, présent à l'examen du cadavre, en eut aussi l'idée.

(1) Les recherches de M. Corrigan ont paru dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie d'Edimbourg*, et ont été traduites, plus tard, dans la *Gazette médicale* (t. III, N° CIII).

portion de sang rentrer dans le cœur, après chaque contraction, alors l'aorte et les troncs qui en dérivent, deviennent flasques en partie, et le sang, en se mouvant, y fait naître une vibration et le bruit de soufflet. Dans les cas où les valvules, étant très insuffisantes, laissent affluer dans le ventricule un fort courant de sang, on entend dans l'aorte ascendante un double bruit, le premier accompagnant la diastole de l'artère, et le second succédant à cette dilatation. Quand on écoute les deux sons qui constituent ce double bruit de soufflet, le premier son paraît provenir d'un courant vers l'aorte, et le second d'un courant vers le cœur. Un malade entendait sur lui-même ce double bruit, et il l'attribuait à un mouvement du sang hors du cœur et vers le cœur.

De onze cas de ce genre que M. Corrigan a observés, deux seulement se sont rencontrés chez les femmes; aucun ne s'est montré dans un très jeune âge: le plus jeune des malades avait vingt ans.

L'expérience suivante fait comprendre, selon M. Corrigan, le phénomène du bruit de soufflet: qu'on prenne un tube flexible (portion d'intestin ou d'artère), adapté par une de ses extrémités à un autre tube, qui est traversé par un courant d'eau d'une force considérable. Tant que la portion d'intestin ou d'artère est complètement remplie par l'eau du tube, aucun bruit n'est produit par le mouvement du fluide; mais si le tube flexible est comprimé sur un point, tandis que le liquide s'y meut, de telle sorte que la quantité d'eau ne soit plus suffisante pour tenir le reste complètement distendu, alors au delà de la partie contractée, là où le tube est moins tendu et flasque jusqu'à un certain point, s'étend un bruit de soufflet distinct, et proportionné à la rapidité du courant. Si on y applique le doigt, on sent aussi un frémissement (1).

Dans les cas signalés par M. Corrigan, comme constituant l'état morbide qu'il désigne sous le nom d'*insuffisance des valvules aortiques*, on observe, sinon constamment, comme il le dit, au moins très ordinairement, une *forte pulsation* des artères de la tête et des membres supérieurs.

Voici comment M. Corrigan explique ces pulsations *visibles* (expression de l'auteur) (2). Quand l'appareil aortique, dit-il, est dans l'état normal, il soutient la colonne sanguine, de sorte que les vaisseaux restent distendus et conservent à peu près le même volume durant la diastole et la systole; mais quand cet appareil (l'auteur veut dire les valvules) est insuffisant pour fermer l'orifice, une partie du sang reflue dans le ventricule. L'aorte et les grosses artères se vident en partie par ce reflux, et la nouvelle contraction ventriculaire qui survient y projette une masse de sang qui les dilate considérablement. La diastole de ces vaisseaux et ainsi marquée par un accroissement de volume si soudain et si grand, qu'il en résulte la pulsation *visible* que nous étudions. Beaucoup de circonstances prouvent, poursuit M. Corrigan, que cette explication du phénomène est la véritable. La pulsation est surtout visible dans les vaisseaux du col et de la tête, qui se vident le plus facilement dans l'aorte, et de là dans le ventricule. On la voit à un bien moindre degré dans les artères même plus grosses des extrémités inférieures, surtout quand le malade est assis ou debout; on la voit moins aussi dans les artères supérieures, lorsque le malade est dans une position horizontale (1).

M. le docteur *Spittal*, d'Edimbourg, dans un ouvrage récent (2), s'est aussi occupé du point de doctrine que nous étudions. Selon ce médecin, le mouvement des liquides sur les solides produit du son. Voici l'expérience au moyen de laquelle il prouve cette assertion: il applique l'oreille sur un petit tuyau de plomb qui conduit de l'eau à un robinet; toutes les fois que ce dernier reste ouvert, il entend un bruit de frottement très distinct sur tous les points du tube, bruit dont l'intensité est en rapport exact avec l'étendue de l'ouverture du robinet, c'est-à-dire qu'il est plus fort quand celui-ci est entièrement ouvert que lorsqu'il ne l'est qu'à moitié. En ouvrant et en fermant alternativement le robinet, on produit un bruit très semblable au bruit de râpe que l'on entend dans quelques cas d'affection du cœur.

M. Spittal rapporte l'histoire de deux malades qui succombèrent à la prétendue maladie nouvelle décrite par M. Corrigan, de Dublin, et chez lesquels le bruit de soufflet était entendu dans toute la partie antérieure de la poitrine. Sur ces deux sujets les valvules sigmoïdes étaient épaisses, ridées, et offraient des concrétions de nature

(1) Pourquoi donc le bruit de soufflet des artères manque-t-il en général dans les cas où, par suite de leur induration et de leur épaississement, les valvules aortiques, ne pouvant plus jouer le rôle de soupapes vivantes, cessent de s'abaisser pendant la systole artérielle, et permettent par conséquent le reflux du sang dans le cœur? Pourquoi, au contraire, dans le cas ci-dessus, existe-t-il un bruit de soufflet cardiaque? est-ce parce que les orifices dont les valvules sont indurées sont flasques? ou n'est-ce pas évidemment parce que ces orifices, à travers lesquels passe la colonne sanguine, sont rétrécis?

Les expériences de M. Corrigan sont, sous quelques rapports, en flagrante contradiction avec les nôtres. J'affirme, de la manière la plus formelle, qu'il suffit de comprimer un gros tronc artériel, pour donner lieu à un très beau bruit de soufflet dans le point comprimé ou *contracté*, et qu'ici la flaccidité n'est pour rien.

(2) Cette explication, ainsi que le lecteur va le voir, ne repose guère que sur des hypothèses dont quelques-unes sont en contradiction avec les faits journellement observés, et aussi avec nos connaissances sur le mécanisme de la circulation du sang rouge.

(1) Une personne affectée de cette maladie, ajoute M. Corrigan, a indiqué une circonstance qui corrobore toutes ces preuves. En levant les bras au dessus de la tête, elle augmentait la pulsation des artères brachiales et palmaires; par là, elle permettait à ces vaisseaux de se vider plus facilement dans l'aorte; à la contraction suivante des ventricules, leur diastole se manifestait beaucoup plus, et la pulsation *visible* s'accroissait. Le même effet avait lieu dans les artères des membres inférieurs, en se couchant et en levant en l'air les jambes.

Suivant M. Corrigan, la force du cœur n'a point de part dans la production du phénomène, attendu qu'on ne l'observe la plupart du temps en aucune façon, et jamais à un degré aussi marqué dans les artères des membres inférieurs. Si l'on objecte que les artères des membres supérieurs présentent le phénomène de la pulsation *visible*, bien que, dans la position ordinaire, ces artères soient descendantes comme celles des membres inférieurs, l'ingénieux professeur répond que le reflux est très facile dans les premières, *à cause de la disposition des artères sous-clavières*, tandis que les artères des membres inférieurs soutiennent une colonne de sang très considérable, qui ne permet pas ce reflux (aussi devient-il manifeste en levant les jambes, ce qui diminue le poids de la colonne sanguine).

(1) A Treatise on auscultation with cases and dissections.

différente. Le ventricule gauche était hypertrophié (1).

Examinons un peu maintenant la théorie de M. Corrigan, dont M. Spittal paraît être le partisan.

Commençons par faire remarquer que les deux faits rapportés par ce dernier sont assez malheureusement choisis. En effet, il existait dans les deux cas une induration des valvules, et par suite un rétrécissement plus ou moins notable de l'orifice auquel elles sont adaptées; or, n'est-il pas évident que cette circonstance a suffi pour produire le bruit de soufflet, et que, par conséquent, ils n'appartiennent pas à la catégorie de ceux qui sont l'objet direct des réflexions de *M. Corrigan* (2)?

Celui-ci se tromperait s'il croyait être le premier auteur qui ait annoncé que les valvules du cœur ne pouvaient pas, dans certains cas, fermer complètement et en quelque sorte hermétiquement les orifices auxquels elles sont fixées (3). Au reste, je n'insiste pas sur ce point, n'ayant pas lu l'ouvrage de M. Corrigan, et ne le connaissant que par un extrait inséré dans un journal de médecine. (*Gaz. méd.*, t. III, n° CIII.)

J'ai lu, d'ailleurs, avec le plus vif intérêt, l'extrait du travail de ce médecin, mais j'avoue qu'il m'est très difficile d'adopter son système sur le mécanisme du bruit de soufflet. D'abord rien ne me prouve, dans l'extrait cité, que les valvules aortiques fussent insuffisantes pour fermer l'orifice dont elles constituent réellement les soupapes. Je ne puis donc considérer que comme une hypothèse ingénieuse l'explication basée sur cette circonstance. D'un autre côté, l'expérience alléguée par l'auteur en faveur de son système, ne me paraît rien moins que concluante. En effet, pour produire le bruit de soufflet dans un tube flexible où coule un liquide, il est obligé de le comprimer en un point: or, qui ne voit que c'est à cette compression, et non à la cause indiquée par M. Corrigan, qu'il faut attribuer le bruit de soufflet, puisque l'on produit absolument ce même bruit, ainsi que je l'ai dit plus haut, en comprimant une artère; fait qui, pour le dire en passant, a été également constaté par M. Corrigan.

Ainsi donc, jusqu'ici rien ne justifie l'explication de cet observateur: elle est, je le répète, tout-à-fait arbitraire, hypothétique.

Je vais actuellement exposer, le plus brièvement qu'il me sera possible, les faits qui me sont propres sur les bruits anormaux désignés sous l'expression générique de bruit de soufflet des artères.

§ II.

J'ai eu occasion de rencontrer une augmentation du bruit des artères chez un grand nombre d'individus placés dans des circonstances et dans des conditions bien différentes. Dans ma dissertation sur le diagnostic de l'anévrisme de l'aorte (Paris, 1823), publiée plus tard dans les *Archives générales de médecine*, et reproduite dans le *Traité des maladies du cœur et des gros vaisseaux*, j'ai indiqué comme l'un des signes les plus caractéristiques de la dilatation de cette artère, des battemens très bruyans, éclatans, sibilans, dans la région correspondante à cette dilatation; ce bruit est bien évidemment une des nuances de celui qui a été désigné sous le nom générique et un peu vague de bruit de soufflet des artères. Toutefois, j'en conviens, il est des cas d'anévrisme de l'aorte dans lesquels on ne rencontre pas de vrai bruit de soufflet. Ainsi donc, ce bruit, dans la maladie ci-dessus indiquée, tient à des conditions particulières, telles que, par exemple, un rétrécissement, par suite de la présence d'une grande quantité de sang coagulé, l'incrustation calcaire des parois de l'artère, etc.

Depuis deux ans environ, j'ai rencontré, dans le service qui m'a été confié dans divers hôpitaux, plusieurs jeunes femmes chlorotiques, dont la plupart m'avaient été adressées comme atteintes d'une maladie organique du cœur. Ce diagnostic était fondé sur ce que ces personnes étaient sujettes aux palpitations pour la plus légère cause, à l'essoufflement après les moindres efforts, et je fus frappé de l'espèce de violence avec laquelle battaient les artères du cou chez la plupart de ces chlorotiques. L'auscultation me fit reconnaître l'existence d'un bruit de soufflet très fort, diffus, et ressemblant en général moins au soufflet d'un soufflet ordinaire qu'à celui d'un vrai soufflet de forge. Je ne vis d'abord aucune relation directe entre l'état chlorotique et le bruit artériel dont il vient d'être question. Mais trouvant ainsi ce bruit de soufflet chez toutes nos chlorotiques indistinctement, je finis à la longue par entrevoir quelque liaison entre ces deux circonstances, et il vint un moment où cette liaison me parut tellement étroite, que je n'hésitai point à prédire que l'on trouverait le bruit de soufflet chez toute chlorotique nouvelle qui entrerait dans notre service; et, jusqu'ici, l'expérience a toujours justifié cette sorte de prévision (1). Alors je me suis dit: s'il existe réellement un

---

(1) On ne dit pas s'il y avait bruit de soufflet dans les carotides et les sous-clavières, comme dans les cas signalés par M. Corrigan; de plus, chez l'un des deux malades, le pouls était petit et faible, au lieu d'être plein, ainsi qu'il l'est invariablement, suivant M. Corrigan, dans la maladie dont il s'est occupé.

Quant aux expériences de M. Spittal, elles ne sont point en contradiction avec les nôtres.

(2) Ces deux faits confirment par conséquent, ce que j'ai déjà dit, il y a plus de dix ans, sur le mécanisme du bruit de soufflet, de râpe ou de scie, dans les cas d'induration des valvules et de rétrécissement des orifices du cœur.

(3) « Les orifices du cœur participent souvent à la dilata-
» tion des cavités; ils sont quelquefois tellement dilatés que
» leurs valvules ne peuvent plus les fermer avec exactitu-
» de..... Il est évident que les valvules du cœur, chargées
» de végétations, converties en tissu cartilagineux ou os-
» seux, deviennent inhabiles à exécuter les mouvemens d'é-
» lévation et d'abaissement, sans lesquels la circulation ne
» peut s'exercer d'une manière régulière. Dans ce cas, en
» effet, les orifices ne se ferment pas et ne s'ouvrent pas
» alternativement comme à l'état normal. » Voilà ce que j'écrivais pour mon compte en 1824, ainsi qu'on peut le voir dans le *Traité des maladies du cœur*, pages 221 et 377.

(1) Je ne prétends pas néanmoins qu'il ne puisse se présenter quelques exceptions. Je me borne ici à rapporter ce que j'ai vu jusqu'à ce moment.

rapport de cause à effet entre l'état chlorotique et le bruit de soufflet des artères, il s'ensuit que ce bruit devra se rencontrer chez ces hommes pâles, délicats, nerveux, qui ne sont, en quelque sorte, que des chlorotiques du sexe mâle. Or, c'est précisément encore ce que confirme l'expérience. Ici je puis invoquer, à l'appui de ce que j'avance, les faits recueillis par M. Laennec lui-même. N'a-t-il pas, en effet, remarqué que le bruit de soufflet est très commun, à un léger degré (il aurait pu dire à un haut degré, du moins quelquefois), chez les hypochondriaques et les femmes hystériques, ainsi que chez les jeunes gens délicats, irritables, sujets à des hémorrhagies? Or, chez tous ces sujets, ne trouve-t-on pas des conditions de nutrition et de circulation qui ne diffèrent point essentiellement de celles qui caractérisent l'état chlorotique? L'anémie, en un mot, n'est-elle pas le cachet de ces divers états? N'était-ce pas encore un individu qui appartenait à la même catégorie, que ce cachectique dont M. Laennec a rapporté l'observation? (*Voyez plus haut*, pag. 170.)

De tous les jeunes gens délicats, nerveux, pâles, anémiques, *chlorotiques* enfin, chez lesquels j'ai entendu le bruit dit de soufflet dans les artères, il n'en est aucun qui l'ait offert à un degré aussi remarquable que M***, auprès duquel je fus appelé en consultation, par mon confrère M. Garnier. Chez celui-ci les artères ne sifflent pas seulement, mais elles roucoulent, chantent, en quelque sorte, et cet exemple prouve, de la manière la plus victorieuse, que M. Laennec n'a point exagéré les faits, comme quelques-uns l'ont cru, dans cet endroit de son ouvrage où, musicien d'un nouveau genre, il a noté l'air que jouaient, si l'on peut ainsi parler, les artères de quelques-uns de ses malades.

Au reste, depuis le simple bruit de soufflet jusqu'à cette vibration musicale des artères, qui représentent alors une sorte de soufflet, il y a de nombreuses nuances. Une de ces nuances les plus remarquables est celle dans laquelle le bruit que l'on entend dans la région sus-claviculaire ressemble assez exactement, selon moi, à celui que l'on produit en fouettant cet instrument vulgaire connu sous le nom de *diable*. Nous avons eu, au n° 10 de la Salle Sainte-Magdeleine, une jeune chlorotique qui offrait, à un degré remarquable, cette nuance du bruit de soufflet. Et, de même que l'instrument dont je viens de parler passe par une foule de tons différens, depuis l'instant où il commence à siffler jusqu'à celui où il ronfle dans toute sa plénitude, ainsi l'on peut, au moyen d'une compression ménagée, faire parcourir aux artères, au diable artériel, si j'ose le dire, de cette jeune fille, une sorte de gamme composée de tons assez variés, le plus bas étant comparable au simple bruit de soufflet de forge, et le dernier, ou le plus élevé, au ronflement de l'instrument ci-dessus indiqué.

Il est digne de remarque que, porté au degré que nous signalons, le bruit artériel n'est pas intermittent, mais continu; avec cette particularité, toutefois, qu'il est plus fort pendant la diastole artérielle: il est, par conséquent, saccadé comme le mouvement du sang.

Cette espèce de bruits, désignés sous le nom générique et commun de bruit de soufflet; ce ronflement continu, analogue à celui de l'instrument qu'on appelle un diable; cette espèce de bruit de soufflet, dis-je, est extrêmement curieuse, et mérite toute l'attention du pathologiste et du physicien. Ce ronflement a son siége favori dans les artères carotides et les sous-clavières, mais surtout dans les premières. En appliquant le stéthoscope au dessus de la partie interne de la clavicule, dans le point correspondant aux artères indiquées, on entend ce bruit dans toute sa force. Répétons, d'ailleurs, que cette espèce de bruit offre elle-même d'assez nombreuses variétés, soit sous le rapport de son étendue, soit sous le rapport de ce que l'on pourrait appeler son *ton*. Mais de telles différences sont plus faciles à constater qu'à décrire: il faudrait pouvoir les *noter*.

Le *bruit de diable* est continu, ai-je dit, et non intermittent, et j'ai ajouté qu'il est plus intense, qu'il se renforce à chaque pulsation des carotides; or, il en est ainsi du bruit de l'instrument qui m'a servi de terme de comparaison, lequel, continu lui-même, devient plus fort à chaque nouveau coup de fouet qu'on imprime à l'instrument.

Chez quelques-uns de nos sujets, le *ronflement de diable* avait lieu dans les deux artères carotides, avec cette circonstance presque constante, qu'il était plus prononcé dans l'une que dans l'autre. Chez le plus grand nombre des sujets, le *bruit de diable* n'existait que dans l'une des artères carotides; et, si nous nous en rapportions aux faits que nous avons jusqu'ici observés, nous établirions en principe qu'il est plus fréquent de le rencontrer dans la carotide gauche que dans la droite.

Il arrive quelquefois que le bruit de diable cesse tout-à-coup pendant quelque temps, puis revient. Si l'on appuie fortement le stéthoscope sur le trajet de l'artère (sans que, toutefois, la compression soit portée au point d'empêcher le passage du sang), on entend, dans quelques cas, le bruit redoubler et se transformer en une sorte de *grondement* qui fait mal à l'oreille; tandis que, dans d'autres cas, le bruit s'affaiblit d'une manière très sensible. Les changemens de position de la tête du sujet qu'on explore influent aussi sur l'intensité du bruit; en général, le bruit augmente lorsque la tête est portée du côté opposé à l'artère qu'on ausculte, le menton étant, en même temps, un peu élevé. Chose fort singulière: si l'on saisit le larynx, et qu'on l'éloigne de l'artère *ronflante*, le bruit diminue ou disparaît complètement. Si, comme M. Donné en a le premier fait l'expérience, l'on ausculte pendant que le sujet fait un effort le *bruit de diable* disparaît tout-à-coup et comme par enchantement, à peu près de la même manière qu'en pinçant fortement une corde en vibration, on suspend tout-à-coup le son qui était le résultat de cette vibration. Nous avons renouvelé, un très grand nombre de fois, cette curieuse expérience, chez différens sujets, et le résultat a toujours été le même.

Le bruit, comme on pouvait le prévoir, disparaît aussi, si l'on comprime avec le doigt l'artère au dessus du point où l'on pratique l'auscultation, de telle sorte que le cours du sang soit intercepté.

Le plus grand nombre des sujets, chez lesquels nous avons entendu le véritable ronflement de diable, appartenaient au sexe féminin.

Les femmes étaient jeunes encore, nerveuses, pâles, et ainsi qu'il a été déjà dit, atteintes d'hystérie ou de chlorose, sujettes à des palpitations au moindre mouvement, à la plus

légère impression morale, mal réglées, ou nullement réglées. Bien que la nutrition se fasse mal chez ces femmes, cependant la plupart conservent assez d'embonpoint, ou même sont grasses. Il m'a semblé que chez les femmes très maigres, et dont les artères sont peu développées, le bruit de diable était remplacé par le bruit *musical*, dont il a été question plus haut. Il est bon de savoir, toutefois, que chez certaines femmes, on trouve successivement et le bruit de diable, et ces *sons appréciables* ou musicaux, qui constituent une sorte de chant ou d'*air* grossier exécuté par les artères.

En général, lorsque les malades sont dans un état de calme, les artères ne battent pas beaucoup plus fort que chez d'autres personnes, qui ne présentent aucune trace du bruit qui nous occupe. Si je ne me trompe, les artères qui fournissent ce bruit sont plutôt dilatées que rétrécies, et peut-être la dilatation s'est-elle opérée aux dépens de l'épaisseur des parois. Les battemens du cœur sont ordinairement assez étendus, et rendent un son plus clair que dans l'état normal; mais jamais nous n'avons entendu, dans la région précordiale, un bruit exactement semblable à celui dont les carotides étaient le siége.

Dans les premiers temps où j'observai le bruit de diable, je fis pratiquer des saignées, qui ne firent point disparaître le phénomène. Dernièrement, il cessa chez une jeune femme, à laquelle des sangsues furent appliquées sur le haut de la partie antérieure de la poitrine (c'était pour combattre une bronchite). Le bruit ne tarda pas à reparaître.

Comme la saignée générale me paraît contre-indiquée, dans la plupart des cas où l'on entend le *bruit de diable*, je n'ai point voulu expérimenter l'influence de cette opération, chez les divers sujets que nous avons observés depuis un an environ (1).

Presque tous ont fait usage du quinquina, des préparations martiales, et ont été mis à un régime fortifiant. Ces moyens ont amélioré l'état général des malades, sans faire disparaître entièrement le bruit de diable, si ce n'est chez la malade du n° 4 de la salle Sainte-Magdeleine.

Telles sont les principales circonstances qui coïncident avec le bruit que nous signalons. Il resterait à déterminer maintenant quelle est la cause précise, soit simple, soit plutôt multiple, de ce singulier phénomène. Malheureusement, nous ne sommes point encore parvenus à la solution complète de ce problème d'acoustique vivante. De savans physiciens, consultés à ce sujet, ont été eux-mêmes obligés de reconnaître l'insuffisance actuelle de leur science. Si l'on considère que le bruit de diable paraît résider presque exclusivement dans les carotides, on sera naturellement porté à penser que quelques-unes des parties voisines de ces artères jouent un rôle important dans la production de ce bruit. Si l'on réfléchit ensuite qu'il suffit d'éloigner le larynx de l'artère, ou de faire exécuter un effort aux malades, pour que le bruit diminue ou cesse complètement, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que le tuyau aérien, qui est en contact presque immédiat avec l'artère, constitue une sorte d'appareil de renforcement, dont il importe de tenir compte. Toutefois, il faut qu'il y ait, dans l'artère elle-même, les premières conditions du bruit; sans quoi ce bruit existerait chez tous les sujets. Ces conditions n'existent pas toujours dans les deux artères carotides à la fois, puisque le bruit n'a lieu, très souvent, que dans l'une d'elles.

Nous savons que le bruit dont nous nous occupons se rencontre chez les individus chlorotiques, pâles, anémiques. Chez eux, les tissus sont mous, flasques, le sang aqueux, ténu. N'est-il pas probable que les artères participent à cette laxité ou flaccidité générale des tissus, et cette circonstance, jointe à la ténuité du sang, ne concourrait-elle pas, de concert avec celles signalées plus haut, à la production des phénomènes (1)?

En admettant que le bruit dont il s'agit soit produit par l'espèce de coup de fouet que le cœur, par l'intermédiaire de la colonne sanguine, applique pendant sa systole au tube artériel, placé dans des conditions qui ne sont pas encore bien déterminées, on expliquera sa persistance pendant la diastole du cœur, en disant que les vibrations de l'artère sont encore assez fortes, après la contraction du cœur, pour produire le bruit que nous étudions. Au reste, cette sorte de *paroxysme* ou de *redoublement* que présente le bruit que nous signalons, est, comme nous en avons déjà fait la remarque, encore un nouveau rapport entre lui et le ronflement du diable, puisque le ronflement de cet instrument, bien que continu, augmente aussi à chaque nouveau coup de corde qui lui est imprimé.

Il n'est pas inutile de parler des espèces de caprices dont le bruit de *diable* est susceptible. Déjà, M. Laennec a signalé cette curieuse particularité. Ainsi, chez le même sujet, on entend quelquefois le bruit de soufflet d'un côté du cou et pas de l'autre. Aujourd'hui (17 septembre 1832), par exemple, une de nos chlorotiques (salle Sainte-Madeleine, n° 3), présente le bruit de ronflement dans les artères carotide et sous-clavière gauches à un degré très marqué, et nullement dans les droites (le cœur n'offre point de bruit de soufflet).

Ce qu'il nous importe surtout de faire remarquer pour le moment, c'est qu'il est impossible à un observateur éclairé et attentif, de confondre le ronflement artériel dont il vient d'être question, avec le simple bruit de soufflet, de scie ou de râpe, qui a lieu dans la région précordiale, chez les individus affectés de rétrécissement de quelques-uns des orifices du cœur (2). Il suffit d'avoir entendu une seule fois ces

---

(1) Chez quelques sujets pléthoriques, nous avons fait cesser, par la saignée, un simple bruit de soufflet, soit du cœur, soit des grosses artères.

(1) Il est mort, dans le service de M. Dalmas, une femme qui avait présenté le bruit de soufflet dans la carotide. Le peu de sang que contenait cette artère était remarquable par sa ténuité. Le plus ou moins de poli de la surface interne des artères est, sans doute, aussi une donnée à noter pour la solution de notre problème.

On connaît, au reste, les belles expériences de M. Savart sur la faculté de vibrer et de produire des sons, que possèdent les membranes tendues à un certain degré.

(2) Une grande augmentation dans la force des battemens du cœur peut donner lieu à un bruit de soufflet, sans qu'il

deux genres de bruit et de les avoir comparés l'un à l'autre, pour ne pas commettre une aussi grossière méprise. Ce que nous disons du ronflement artériel est applicable, *à fortiori*, au bruit musical, à l'espèce de chant que nous offrent quelquefois les artères.

Quant au bruit de soufflet simple et intermittent dans les artères, le seul qui mérite vraiment ce nom, il peut exister indépendamment du bruit de soufflet du cœur, de même que ce dernier a lieu sans le bruit de soufflet des artères.

Le simple bruit de soufflet des artères m'a toujours paru isochrone à la contraction ou *systole* des ventricules. Mais des faits assez nombreux me portent à croire, que le bruit de soufflet du cœur, bien qu'il accompagne le plus ordinairement cette même contraction, peut aussi être l'effet du passage du sang à travers un orifice rétréci, au moment où la dilatation des ventricules (*diastole*) aspire en quelque sorte ce liquide (1).

Quoi qu'il en soit, l'augmentation de frottement à laquelle il convient de rapporter le bruit de soufflet proprement dit, peut avoir lieu de trois manières principales; savoir : 1° par suite de l'augmentation de la puissance motrice du cœur; 2° par suite d'un rétrécissement de quelque point du canal que doit traverser la colonne sanguine; et 3° par suite d'une lésion qui a rendu inégale, rugueuse, raboteuse, la surface, habituellement polie, sur laquelle coule la colonne sanguine (2).

Avant de terminer ce Mémoire, déjà trop long, peut-être, je crois cependant devoir faire observer au lecteur, que la théorie que j'ai donnée du bruit de soufflet, de râpe ou de scie, me paraît s'accorder assez bien avec une théorie récente des bruits du cœur à l'état normal. Depuis quelques années, des recherches d'un haut intérêt ont été faites sur ces bruits du cœur, et de là sont nées diverses explications. Celle qui me paraît la plus satisfaisante appartient à M. le docteur Rouanet, qui ne l'a lui-même adoptée qu'après avoir discuté d'une manière très approfondie les théories de MM. Pigeaux et Marc Despine. Il résulte de l'explication de M. Rouanet, à l'appui de laquelle M. Filhos, interne distingué des hôpitaux, vient de publier (*voyez* sa Dissert. inaug.) des observations recueillies avec beaucoup de soin; il résulte, dis-je, de cette explication, que les bruits du cœur sont produits par le choc du sang contre les valvules. On pourrait donc les désigner sous le nom de *bruits valvulaires*.

Après s'être assuré que les valvules du cœur, une fois abaissées, interceptent toute communication d'une cavité dans une autre, M. Rouanet établit que le premier bruit, un peu sourd, isochrone à la contraction des ventricules, est dû au rapprochement des côtés des valvules auriculo-ventriculaires; et que le second bruit, beaucoup plus clair, isochrone à la dilatation des ventricules, est le résultat du *choc au retour* du sang que contiennent les artères contre les valvules sygmoïdes.

Voici comment M. Filhos appuie, par ses observations, la théorie de M. Rouanet, observations qui confirment, d'ailleurs, comme on va le voir, l'explication que j'avais donnée du bruit de soufflet, dans les cas de rétrécissement des orifices du cœur.

« Toutes les fois que quelque valvule est assez altérée » pour qu'elle ne puisse plus remplir convenablement ses » fonctions, elle permettra le retour du sang dans la cavité » d'où il vient de sortir. Constamment dans ce cas, les bruits » qui leur correspondent seront transformés en bruit de souf- » flet... Lorsque le souffle existe après le second bruit, le » siége du désordre se trouve dans les valvules sygmoïdes; » on l'entend, au contraire, après le premier bruit, dans » l'altération des valvules auriculo-ventriculaires.

» *Ce n'est pas cependant que le sang, suivant son* » *cours naturel, ne puisse produire du souffle, en* » *frottant contre des valvules altérées ou rétrécies* (1); » mais le souffle, dans ce cas, peut manquer, tandis » qu'il se montrera constamment, si le sang peut refluer » dans la cavité d'où il vient de sortir. » (*Dissert. cit.*, page 10.)

---

existe un rétrécissement des orifices, ainsi qu'on peut s'en assurer dans certains cas d'hypertrophie du cœur et de palpitations violentes. Mais cela n'empêche pas qu'il ne soit très facile à un médecin exercé, de reconnaître le rétrécissement de quelqu'un des orifices du cœur, et de distinguer cette maladie de toute autre.

(1) Je ne chercherai point ici à déterminer si la dilatation des ventricules est *active* ou *passive*. Mais en admettant, avec Haller, qu'elle ne soit pas *active* dans le sens que les physiologistes donnent à cette expression, et qu'elle soit due à une sorte d'élasticité du tissu du cœur, l'effet indiqué ci-dessus n'en pourra pas moins se manifester, à un plus faible degré, il est vrai. Si la contraction des oreillettes était aussi forte et brusque que l'ont avancé certains physiologistes, on aurait quelque droit de lui attribuer l'effet que nous rapportons à la dilatation ventriculaire.

Nous verrons plus loin que la contraction ventriculaire peut à la fois produire le bruit de soufflet, de râpe ou de scie, et en chassant en avant le sang, à travers les orifices artériels rétrécis, et en le faisant refluer à travers les orifices auriculo-ventriculaires, également rétrécis; reflux qui dépend ici de ce que les valvules bicuspide ou tricuspide, indurées, épaissies, ne peuvent plus fermer hermétiquement, pendant la contraction ventriculaire, l'orifice auquel chacune d'elles est adaptée.

(2) On pourrait ajouter que la densité plus ou moins considérable du sang est une donnée qui ne doit pas être entièrement négligée pour la solution complète du problème qui nous occupe.

(1) C'est là précisément la théorie que j'avais proposée dans mon Mémoire sur le diagnostic des rétrécissemens des orifices du cœur. Celle que propose M. Filhos, semblable quant à la cause essentielle du bruit de soufflet, savoir le frottement, en diffère sous ce point de vue, que M. Filhos attribue surtout au reflux du sang le bruit de soufflet, que je rapportais au passage du même liquide mu dans sa direction normale. Je n'ai point abandonné cette première manière de voir, mais, longtemps avant que j'eusse connaissance des intéressantes recherches de M. Filhos, je professais dans mes cours que le bruit de soufflet peut avoir lieu aussi par suite du reflux du sang à travers l'orifice qu'il avait d'abord franchi en obéissant à son cours naturel.

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

JUIN 1833.

Emploi des chlorures de soude et de chaux dans les brûlures; — Contre la gale. — Considérations pratiques sur les fistules, et leur traitement par les injections avec les chlolures liquides.

M. Holt, dans une des dernières séances de la Société médicale de Westminster, a préconisé l'emploi du chlorure de soude comme un des meilleurs remèdes qui soient à sa connaissance contre les brûlures peu profondes. Ce médecin, ayant été appelé pour un enfant qui avait renversé sur ses bras et sa poitrine un vase plein d'eau bouillante, trempa des compresses dans un mélange de quatre onces d'eau et de chlorure, et s'empressa d'en recouvrir les plaies; il remplaça ensuite ces compresses par un mélange de chlorure et de blanc de baleine : cinq jours après, la peau, qui avait été dénudée de son épiderme, était complètement guérie, et ce qu'il y eut de remarquable, c'est que les parties postérieures du tronc, sur lesquelles on n'avait point étendu de chlorure, et qui avaient été pansées autrement, ne furent cicatrisées que quinze jours plus tard.

M. Holt recommande particulièrement l'usage de cette solution de chlore lorsque la vésication n'est pas encore formée; quand on peut en recouvrir la partie brûlée à l'instant même de l'accident, il ne se développe pas la moindre escarre. Parmi les observations que ce médecin a citées, est celle d'un avoué dont les mains furent brûlées, avec vésication, par le feu mis aux rideaux de son lit. M. Holt lui ayant envoyé quatre pintes de cette liqueur, cet homme s'empressa de la verser dans un plat, d'envelopper ses mains de charpie, et de les tremper dans le vase, où il les laissa quelque temps : le lendemain matin les parties étaient dans un si bon état qu'à peine restait-il quelque trace de la brûlure.

Pendant les premières minutes ce remède augmente la douleur; mais bientôt il produit du soulagement, et ses effets sont d'autant plus prompts qu'on peut en faire l'application peu d'instans après l'accident. (*Ibidem.*)

Réflexions. On a conseillé une multitude de substances contre les brûlures aux premiers degrés, et il est certain que plusieurs d'entre elles ont une influence très-marquée sur le symptôme le plus insupportable, qui est la douleur. En prévenant l'arrachement de l'épiderme, ces mêmes moyens épargnent en même temps aux malades des souffrances cruelles et une plus longue guérison.

La pratique la plus généralement suivie est de plonger la partie brûlée dans l'eau glacée, ou au moins de la couvrir de compresses trempées dans un liquide très froid : le soulagement est instantané; mais il ne paraît pas que la guérison en soit accélérée. Ces liquides froids sont ordinairement un mélange d'une partie de sous-acétate de plomb liquide dans trente ou quarante parties d'eau à laquelle on ajoute une petite quantité d'alcool; on obtient les mêmes effets avec de l'eau légèrement acidulée. Quand la brûlure a son siége sur une partie que l'on ne peut maintenir plongée dans un liquide, les linimens résolutifs et opiacés dissipent la douleur et préviennent la formation des escarres : ainsi l'on se sert avec avantage d'un mélange d'huile d'olive et d'eau de chaux à parties égales, ajoutant par once un demi-gros à un gros de laudanum de Sydenham. Nous avons parlé aussi du coton écru, dont on a reconnu les bons effets (1).

Le chlorure de chaux sera un moyen de plus dont les praticiens pourront faire usage, quoique nous ne pensions pas qu'il soit préférable à ceux que nous venons de rappeler.

Cette substance est, en outre, employée avec beaucoup de succès dans un si grand nombre de maladies, que nous devons nous arrêter encore quelque temps sur ses effets et sur son mode d'administration.

Le docteur Fantonetti en a fait récemment l'essai contre la gale, à la clinique médicale de l'université de Pavie; il assure en avoir retiré de très bons effets, et pense même

(1) *Voy.* art. 39, et 162.

que de tous les remèdes proposés contre cette maladie, celui-ci est le plus prompt et le plus sûr. Le chlorure a été employé en lotions trois fois par jour (une à deux onces de chlorure dans une livre d'eau, pour les adultes; une once seulement de chlorure dans la même quantité d'eau pour les enfans).

Déjà, en France, les lotions avec l'eau chlorurée étaient en usage auprès de beaucoup de praticiens. A l'hôpital Saint-Louis on a adopté la formule suivante :

Chlorure de chaux, trois onces;
Eau distillée, une livre.

Les préparations sulfureuses sont cependant d'un effet beaucoup plus sûr.

On a sans doute attribué aux chlorures plus de vertus qu'ils n'en possèdent; c'est le sort de tous les médicamens nouveaux; mais leur action, dans plusieurs maladies, ne saurait être mise en doute, et souvent ils fournissent à la matière médicale des ressources bien précieuses. Nous avons exposé dans notre dernier cahier (*voyez* art. 637) les succès qu'en obtient M. Lisfranc dans le traitement des ulcères; nous allons rappeler aujourd'hui quelques considérations pratiques extraites de la clinique du même chirurgien, sur les trajets fistuleux et leur oblitération à l'aide des injections chlorurées.

Il arrive souvent qu'une solution de continuité ne se cicatrise pas, et que, la peau se trouvant dénudée de tissu cellulaire, il reste une fistule plus ou moins profonde que l'on a beaucoup de peine à guérir. Plusieurs personnes scrofuleuses portent au cou des fistules qui résistent à tous les moyens; chez d'autres, ces trajets traversent des membres entiers, le moignon de l'épaule, toute l'épaisseur de la cuisse, et peuvent nécessiter l'amputation. Ils réclament différens modes de traitement suivant leur position et leur profondeur.

Quand la peau est privée de son tissu cellulaire, elle se distingue des parties environnantes, au toucher et à l'aspect. Est-elle rouge, sa rougeur est plus brune que celle des autres parties; est-elle pâle, au contraire, sa couleur est plus blafarde que celle des points environnans; sa caloricité est moins prononcée; enfin, si appuyant les doigts sur sa surface extérieure, on introduit une stylet qu'on promène sur sa face interne, on reconnaît aisément que l'instrument n'est séparé du doigt que par une couche de tissu extrêmement mince.

L'incision de cette peau n'est pas sans inconvénient, et d'ailleurs, il est beaucoup de cas dans lesquels on ne peut la proposer. Ainsi, quand la fistule a son siége sur une partie habituellement découverte, la cicatrice qui en résulterait serait une chose fâcheuse, et il est évident que quand un trajet de cette espèce traverse un membre entier, une opération semblable ne saurait être pratiquée. On peut obtenir la guérison de la plupart de ces fistules en faisant des injections avec le chlorure d'oxide de sodium. Ce liquide détermine dans le trajet fistuleux une sécrétion de lymphe plastique qui produit l'agglutination des parois de la cavité, et l'adhésion complète de toutes ses parties.

Pour faire ces injections, il faut suivre certaines règles que nous allons exposer.

Le chlorure de sodium doit être environ à trois degrés; on doit se baser d'ailleurs, pour la force de la liqueur sur les effets qu'elle produit. Il faut qu'elle cause une cuisson assez vive pendant quelques minutes seulement; de cette manière on détermine de la chaleur et de l'irritation dans le trajet fistuleux, puis la sécrétion de cette lymphe plastique nécessaire pour en amener l'oblitération. Si l'on ne produit aucun effet, on augmente la quantité de chlorure. D'autres fois on dépasse le but, et l'on cause une inflammation trop vive; il faut alors cesser toute injection; ordinairement au bout de vingt-quatre heures, les accidens inflammatoires se sont amendés; mais s'ils continuaient, il faudrait avoir recours aux saignées, aux cataplasmes, etc. Le chirurgien doit chercher surtout à produire le degré d'irritation convenable; mais dès qu'il l'a obtenu, quand la lymphe plastique est sécrétée, et qu'il se développe des bourgeons charnus, il suspend l'emploi du chlorure et a recours alors à la compression convenablement exercée, de manière à oblitérer d'abord le fond de la fistule, puis son orifice en dernier lieu.

Il est inutile de dire qu'avant d'avoir recours à ces injections, il faut mettre la fistule dans l'état le plus propre à faire espérer son oblitération, employer les antiphlogistiques s'il y a douleur et fluxion inflammatoire, les fondans s'il y a des indurations, etc.

M. Lisfranc tire un très grand avantage de ce moyen d'une facile exécution, et qui plus d'une fois déjà a réussi dans des cas réputés incurables. Pour n'en citer qu'un exemple, nous dirons qu'une femme est entrée à la Pitié avec une fistule qui traversait l'épaisseur de la cuisse, et contre laquelle tous les moyens avaient échoué. Les injections avec le chlorure n'avaient même pas eu plus de succès, quoiqu'elles eussent été tentées plusieurs fois. Cependant M. Lisfranc voulut encore y avoir recours; elles échouèrent six fois de suite, et la septième elles eurent un succès complet. Cette femme resta encore plusieurs mois à l'hôpital, afin qu'on pût s'assurer de la solidité de la guérison. Elle retourna dans son pays parfaitement guérie d'une fistule qui semblait devoir nécessiter l'amputation.

Il faut donc, dans le traitement des maladies, employer les remèdes avec une grande opiniâtreté, et ne les abandonner que lorsque la constitution du sujet ne permet plus de les continuer, ou que l'on s'est assuré qu'ils ne peuvent plus être utiles.

Les fistules guéries par ces injections sont susceptibles de se rouvrir au bout de quelques jours, comme on l'observe d'ailleurs après l'emploi de tous les autres moyens; il faut alors recommencer le traitement, et l'on est certain d'obtenir bientôt une guérison solide.

—

Accouchement rendu difficile et contre-nature par l'obliquité très-grande de la matrice en avant, l'absence totale des eaux de l'amnios et le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin. Extraction du fœtus par la version; mort de la mère à la suite d'une péritonite violente.

M. Brouet, docteur en médecine à Moissac, nous adresse l'observation suivante :

Madame de G. P., âgée de vingt-deux ans, enceinte pour la première fois, fortement constituée, d'un tempérament très lymphatique, avait dépassé depuis plusieurs jours le terme ordinaire de la grossesse, lorsque, le 15 du mois de mars dernier, elle ressentit les premières douleurs pour accoucher. Appelé le jour même, la première chose qui fixa mon attention fut l'extrême développement du ventre et sa chute en avant, jusque sur le milieu des cuisses. Cette obliquité était si grande que, dès les premiers momens du travail, il fallut que des personnes placées aux côtés de madame de G. P. soutinssent le ventre avec des serviettes, de peur que la position de la matrice ne devînt un obstacle à l'accouchement naturel.

Dès le second jour, madame de G. P. ne pouvait plus rester debout ni marcher; nous prîmes le parti de la laisser étendue sur un chaise longue ou sur son lit pendant tout le temps que dureraient les douleurs de l'enfantement.

Le 17 au soir, les douleurs devinrent si violentes que nous crûmes que l'accouchement allait se terminer. Elles durèrent de la sorte, sans discontinuer, six à sept heures de temps; pendant ce long travail il ne s'écoula pas une seule goutte d'eau de l'utérus, ni une glaire sanguinolente, quoique les parties de la génération fussent souples et humides. L'orifice de la matrice était à peine dilaté; ses bords étaient mous, mais il y avait dans le bassin, au devant de la symphise sacro-vertébrale, une saillie en forme de crête de plusieurs lignes d'épaisseur, qui s'avançait du côté du pubis. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin était donc rétréci; cette circonstance explique déjà une partie des difficultés de l'accouchement.

La tête du fœtus était placée à droite en seconde position; elle était engagée et comme enclavée dans le détroit supérieur du bassin; jamais elle ne put franchir ce détroit, malgré les efforts réitérés de la matrice.

Le 18, à trois heures du matin, il se manifesta du délire et des mouvemens convulsifs. Il n'existait cependant ni signes de pléthore ni congestion de sang vers aucun point de l'économie; le pouls était faible et déprimé, la figure pâle et altérée, les forces semblaient épuisées, les contractions de l'utérus étaient molles et presque éteintes.

Voyant que nous n'avions plus rien à espérer des efforts de la nature, je me décidai sur-le-champ à extraire le fœtus par la version; elle fut promptement faite; seulement, la tête étant retenue un instant au détroit du bassin, j'allais employer le forceps lorsqu'un mouvement imprimé au corps du fœtus détermina sa sortie. Bien qu'il vécût encore, nos soins ne purent le conserver, et il succomba peu de temps après son expulsion.

Le placenta se précipita aussitôt hors de l'utérus, sans que l'on exerçât aucune traction sur le cordon ombilical. Cette masse était remarquable par son poids et ses dimensions extraordinaires; le fœtus lui-même était très fortement constitué; il présentait des membres très développés, un rachis large et une grosse tête. Après la délivrance il ne s'écoula aucun liquide de l'utérus; le placenta, le fœtus et ses enveloppes formaient à eux seuls cette énorme grossesse.

Quand l'accouchement fut terminé, on transporta madame de G. P. sur une chaise longue placée au milieu de la chambre. La malade passa assez tranquillement la nuit, ainsi que toute la journée du 18. Sur le soir, elle se plaignit d'éprouver une légère douleur dans le côté droit de l'abdomen. J'appliquai à l'instant même quinze sangsues sur le point douloureux, et l'on recouvrit le ventre avec un large cataplasme émollient. Je recommandai la diète et le plus grand repos; la malade ne prit de toute la journée que de l'eau d'orge et un peu de bouillon.

L'irritation s'étant calmée, madame de G. P. voulut, malgré ma défense, se faire transporter dans son lit. Ce transport ne put être exécuté sans beaucoup de secousses douloureuses. Au bout de quelques heures le ventre se tuméfia et devint sensible à la moindre pression. J'opposai aussitôt à ces accidens les sangsues et la saignée, les onctions mercurielles, tant préconisées, et des cataplasmes émolliens furent appliqués sur le ventre; des lavemens émolliens furent donnés. On plaça à l'entrée des parties une vessie remplie d'eau chaude qui, au moyen d'une étroite ouverture, en laissait dégager la vapeur dans l'intérieur de la vulve, pour entretenir et favoriser l'écoulement des lochies. Tous ces moyens furent inutiles, les accidens continuèrent à marcher avec une rapidité effrayante. Il survint dans la nuit du délire et des mouvemens convulsifs. De concert avec un de nos confrères, venu de Montauban, nous appliquâmes de nouveau un très grand nombre de sangsues. Malgré tous les secours de l'art, la péritonite continua ses progrès, et la malade succomba dans la nuit.

Réflexions. Parmi les nombreuses circonstances défavorables qui se sont opposées à la terminaison naturelle de cet accouchement, on aura remarqué l'absence complète des eaux de l'amnios, dont il ne s'est pas écoulé la plus faible quantité, soit avant, soit après l'expulsion du fœtus. La quantité de ces eaux varie singulièrement dans les différentes grossesses, et peut avoir une influence sur la marche du travail de l'enfantement. Trop abondante, elle dispose à l'inertie de la matrice ou favorise les positions vicieuses de l'enfant; trop faible, au contraire, elle permet à l'utérus d'embrasser directement le produit de la génération : cet organe se contracte inégalement sur des parties dont la saillie fait éprouver de vives douleurs; le col d'ailleurs ne se dilate que lentement, le travail marche avec beaucoup plus de peine, et souvent on est forcé d'avoir recours à des manœuvres que l'on aurait évitées si les eaux ne s'étaient pas écoulées prématurément, ou si elles eussent été plus abondantes. Mais le plus grand inconvénient de l'absence des eaux de l'amnios est de ne permettre que difficilement les manœuvres nécessaires pour l'extraction du fœtus. On conçoit aisément en effet que la main ou les instrumens ne doivent pénétrer qu'avec peine entre le fœtus et les parois de l'utérus appliquées directement, souvent même convulsivement, sur la surface de son corps, quand depuis longtemps les frottemens réitérés ont desséché les parties, les ont rendues douloureuses et sensibles au moindre contact.

Il est souvent difficile à l'accoucheur de préciser la quantité d'eau qui s'est écoulée, et l'époque à laquelle les membranes se sont rompues. Les femmes disent parfois que les eaux sont écoulées depuis longtemps lorsqu'on sent la poche formée par les membranes se distendre et faire saillie dans le vagin; il est évident alors, ou qu'elles ont pris pour l'écoulement des eaux l'émission involontaire des urines, ou que, les membranes s'étant déchirées à la partie supérieure, l'application de la tête ou d'une partie du corps du fœtus sur cette ouverture s'oppose à la libre sortie des eaux, et favorise une seconde rupture sur un autre point. D'autres fois les eaux se sont écoulées depuis longtemps avec les mucosités et les urines, sans que les femmes l'aient remarqué. Cet écoulement peut même se faire à une époque fort éloignée du travail, comme le prouvent un grand nombre d'observations. Les renseignemens qui nous sont fournis sur ce sujet pourraient donc nous induire en erreur si nous nous en rapportions à autre chose qu'au toucher pratiqué attentivement.

Cet écoulement prématuré des eaux n'a pas seulement pour effet de rendre le travail plus long et les manœuvres plus difficiles; il paraît que dans certains cas il a déterminé l'adhésion de certaines parties du fœtus entre elles ou la difformité de celles qui se trouvent directement comprimées.

Enfin nous croyons, contre l'opinion de quelques accoucheurs, qu'il est des cas dans lesquels la matrice, ainsi appliquée à nu dès les débuts du travail sur le corps du fœtus, s'y contracte convulsivement et l'embrasse si exactement que, malgré les saignées et l'emploi des antispasmodiques, il devient absolument impossible d'appliquer le forceps ou de faire la version. L'accouchement ne saurait donc se terminer sans qu'on ait recours à l'opération césarienne, ce qui vaudrait

mieux sans doute que de rester paisible spectateur de la mort de la malade.

Quoique dans l'observation communiquée par M. Drouet les difficultés n'aient pas été portées jusqu'à ce point, on y verra cependant une réunion de circonstances fâcheuses qui ont dû embarrasser l'accoucheur et contribuer à amener une terminaison funeste. Nous reviendrons plus tard sur les causes et le traitement de la péritonite puerpérale, maladie sur laquelle, malgré les progrès récents de la thérapeutique, il reste encore tant de recherches à faire et d'expériences à répéter. (*Voy.* art. 82, 121, 406, 482, 556.)

—

Traitement du tic douloureux par la belladone, la teinture de stramonium et la limaille de fer;

Par le docteur SCHMIDTMANN.

Le 2 juin 1825, je fus appelé pour donner des soins à la fille d'un fonctionnaire prussien âgée de vingt-six ans. Sa mère, que j'avais guérie de la chlorose et de la migraine, dans sa jeunesse, était morte d'un cancer de la face, après des années de souffrances atroces. Son père, vieillard vigoureux, vivait encore, âgé de quatre-vingts ans. La malade s'était toujours bien portée, à quelques douleurs rhumatismales près. Au commencement de 1823, elle se refroidit et éprouva, immédiatement après, une douleur vive à la joue gauche, entre l'œil et les premières dents molaires. Au bout de quelque temps, la partie malade se gonfla, mais ce gonflement disparut bientôt après avec la douleur, lorqu'il survint un écoulement de pus, par la narine du même côté; la douleur se porta alors sur la joue du côté droit, persistant et tourmentant depuis deux ans. Elle était lancinante et excitée par la mastication, le rire et le parler; elle avait ses exacerbations, ses rémittences et ses intermittences. Mais la chaleur ni le froid, la sécheresse ni l'humidité, le beau temps ni le temps orageux ne paraissaient exercer aucune influence sur elle. Cette femme éprouvait des douleurs atroces, en été comme en hiver, au printemps comme en automne; d'ailleurs d'une grande beauté, elle avait l'air maladif et cachectique. Deux dents molaires du même côté étaient cariées; elle avait de l'appétit, et ses règles étaient régulières. Ses médecins, qui avaient été consultés, et dont plusieurs jouissaient d'une grande réputation dans le pays, n'avaient pu parvenir à lui procurer le moindre soulagement; ils lui avaient ordonné des bains d'eau de mer, la liqueur ammoniacale vineuse, l'huile de cajeput, le magistère de bismuth (nitrate de bismuth), des bains aromatiques, la belladone à forte dose, l'onguent stibié frotté sur la nuque, le tout sans lui avoir procuré aucun soulagement. Ses parens me consultèrent alors; je donnai des espérances, parce qu'il me paraissait que les médecins qui l'avaient traitée jusqu'ici avaient méconnu la nature de la maladie, et ignoraient les moyens que l'expérience a démontrés efficaces dans cette affection. J'ordonnai de lui faire occuper dans sa maison une chambre sèche et exposée aux rayons du soleil, au troisième étage, de continuer l'emploi de l'onguent stibié, et je prescrivis:

Extrait de belladone, dix grains;
Teinture de stramonium, deux gros et demi;
Eau distillée d'amandes amères, deux onces;

A prendre, toutes les quatre heures, trente à quarante gouttes:

Limaille de fer, dix grains;
Sucre, un scrupule;

à prendre toutes les quatre heures. De sorte qu'elle avalait toutes les deux heures, soit cette poudre, soit trente à quarante gouttes de la mixture de belladone. En outre je fis frotter la joue malade toutes les trois heures avec une cuillerée à café du mélange suivant:

Extrait de racine de belladone, } de chaque un scrupule;
Teinture de stramonium, }
Eau distillée d'amandes amères, trois onces.

Je lui recommandai aussi de se promener tous les jours quand le temps était beau, et de ne prendre qu'une nourriture légère et facile à digérer. Son pouls n'avait que quatre-vingt-quatre pulsations, mais elle était d'une irritabilité extrême. Je fus obligé de diminuer bientôt la dose de la mixture de belladone, parce que la malade se plaignait de sécheresse de la gorge, de soif et de nausées. Les douleurs continuaient toujours; le 5 juillet, elle éprouvait des douleurs vives au côté gauche de la tête, mais elles me paraissaient rhumatismales. Le 8 juillet, je fis arracher une des dents molaires cariées, mais les douleurs n'en continuèrent pas moins. Le 10 juillet, les douleurs et la tumeur de la joue gauche avaient disparu; cette dame ne se plaignait plus que de faiblesse, d'inappétence, et de l'incommodité que lui causaient les pustules produites par l'onguent stibié frotté sur la nuque. Je fis discontinuer l'usage de cet onguent, et appliquer le vésicatoire perpétuel. J'ajoutai à la limaille de fer la racine de colombo, et l'écorce d'orange, pour la faire mieux digérer. L'ulcère de la nuque s'étant guéri, et la malade éprouvant dans la joue droite un froid fort incommode, je fis faire suppurer la plaie de nouveau. Le 16 juillet, j'augmentai la dose de la limaille de fer, et j'y ajoutai la poudre de cannelle et de bois de quassia. Le 19 juillet, la malade se plaignait d'une douleur qui occupait toute la face; elle me paraissait cependant rhumatismale; l'emploi de quelques bains dans lesquels je fis dissoudre le tartrate de fer fit disparaître cette douleur. Comme le 22 juillet elle se plaignait de nausées et d'inappétence, je ne donnai plus que la moitié de la dose de limaille de fer et seulement quinze à vingt gouttes de la mixture de belladone. Elle éprouva alors des douleurs dans les pieds; je fis la remarque qu'aussi longtemps que durèrent les douleurs du côté gauche, la narine de ce côté, qui auparavant avait été humide, devint sèche. Le 25 juillet, les douleurs des plantes des pieds augmentèrent tellement qu'elle ne put plus marcher; j'augmentai la dose de la limaille de fer, et je fis frotter les plantes des pieds avec le liniment suivant:

Huile de jusquiame cuite, } une demi-once de chaque;
Esprit de savon, }
Teinture d'opium, un demi-gros.

Je fis continuer les bains avec le tartrate de fer, et diriger les vapeurs d'une infusion de fleurs de sureau dans la narine sèche. Le 28 juillet, elle éprouva encore des nausées, mais si elle ne prenait pas de l'élixir de belladone, les douleurs dans la joue droite revenaient avec plus d'intensité. Cependant peu à peu ses forces se rétablirent, et les douleurs se dissipèrent. Le 8 octobre, elle partit guérie pour sa ville natale; je lui conseillai de continuer l'usage des poudres et de la mixture pendant quelque temps, ce qu'elle fit pendant quatre mois. Elle n'a point eu de rechute, et jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

C... z.

(*Journ. de la Méd. prat. de Hufeland.*)

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

JUIN, 1833.

GAZETTE DU 1er. N° 49.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes, par M. Piorry, médecin de la Salpêtrière.

La plupart des auteurs ont observé qu'à la suite des fièvres intermittentes, et dans les pays marécageux, la rate augmente de volume : ce fait était trop ordinaire pour qu'il pût échapper à l'examen même le plus superficiel. Cette lésion était du reste considérée comme un effet éloigné de la fièvre, et comme une obstruction se développant dans la rate et pouvant aussi se manifester dans le foie.

Telles paraissent avoir été les opinions de Fernel et de Baillou. Sydenham pensait que la dureté du ventre et l'hydropisie suivaient les fièvres d'automne et disait : « On n'a aucune espérance de délivrer les » enfans de la fièvre d'automne qui a duré pendant » long-temps, que lorsque la région de l'abdomen, » surtout vers la rate, a commencé à se durcir et à » se tuméfier ; car à mesure que ce symptôme vient, » la fièvre s'en va. » (Méd. pratiq., traduction de Jault, pag. 73.)

Il en dit autant de l'enflure des jambes : on peut admirer le talent de Sydenham et être fort loin d'adopter une assertion si contraire aux faits. Morgagni, qui a réuni un grand nombre de documens sur les lésions organiques de la rate, ne chercha guère à étudier les rapports que ces lésions peuvent avoir avec la fièvre. Sauvages reconnaissait bien l'existence d'une fièvre quarte splénalgique, mais il ne citait qu'un fait, fort contesté d'ailleurs par Bosquillon. Cullen songeait beaucoup plus à sa théorie des fièvres qu'à rechercher la lésion de la rate. Cet organe, suivant Portal, est fréquemment gonflé et durci chez ceux qui sont atteints de fièvre quarte, et le foie l'est plus communément dans les tierces. M. Andouard s'occupa de ce sujet avec plus de soin en 1818, et pensa qu'il était présumable que la rate était le mobile de la fièvre intermittente; du reste, il n'a pas assez publié d'observations sur ce sujet pour que sa manière de voir fût accueillie par le public médical. Une discussion qui s'éleva entre M. Roche et lui fut complétement à l'avantage du premier, et la chose resta où elle en était; aussi M. Ribes dit-il, en 1820, que malgré ses propres recherches sur les cadavres et les sources nombreuses dans lesquelles il a puisé, il n'a rien trouvé touchant les causes, les signes et le traitement des maladies de la rate qui ne fût encore incertitude et obscurité.

Comment n'en eût-il pas été ainsi quand on se rappelait les expériences alors récentes de M. le professeur Dupuytren, publiées par M. Assolant, où un très-grand nombre d'animaux auxquels on avait extirpé la rate avaient continué à se bien porter, et lorsque quelques cas analogues avaient été observés chez l'homme? Dailleurs les opinions du professeur du Val-de-Grâce sur le siége des fièvres, exagérées par quelques-uns de ses élèves, semblaient devoir rapporter tous les symptômes des fièvres d'accès au tube digestif, tandis que les travaux sur le système nerveux et surtout ceux de Georget, portaient à attribuer à celui-ci le siége unique des fièvres intermittentes. Ce n'était certainement pas là des idées susceptibles de conduire à des recherches sur les variations de volume que la rate présente dans les fièvres.

Cependant M. Bally, de l'Hôtel-Dieu, étudia de nouveau l'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes. Il fit plus, dans une infinité de cas, il parvint à la guérir par l'emploi du sulfate de quinine à haute dose; d'un autre côté, Bailly de Blois vit à Rome des cas de fièvres pernicieuses où la rate était ramollie et rompue. M. le professeur Andral remarqua que ce viscère pouvait s'élever très-haut sous le diaphragme. Mais comme il l'avait vu souvent varier de volume à l'occasion des troubles survenus dans la circulation et la respiration, il crut que cet état était plutôt effet que cause. M. le docteur Cerveau, témoin d'un grand nombre de cas de fièvres intermittentes, dans lesquelles on avait constaté par le plessimètre et presqu'au début de la maladie, l'augmentation de volume de la rate, choisit ce sujet pour sa dissertation inaugurale, et publia quelques-unes de mes idées sur l'intermittence et les fièvres intermittentes. Il mentionna aussi quelques recherches que lui avait communiquées M. le docteur Trousseau, d'après lesquelles il paraîtrait que ce médecin admet, ainsi, je crois,

que le fait M. Récamier, deux faits capitaux dans les fièvres intermittentes, l'un la décoloration du sang, assez analogue à la chlorose; l'autre, l'hypertrophie, le ramollissement et quelquefois des foyers apoplectiques dans la rate. Dans quatorze cas de fièvres intermittentes pernicieuses qu'aurait vus M. Trousseau, la rate aurait été ramollie.

Ces faits et ces recherches n'établissent pas si, dès les premiers accès d'une fièvre intermittente, la rate est hypertrophiée, si elle varie de volume avant, pendant ou après les accès. Ils n'ont pas fait apprécier avec une exactitude rigoureuse le degré d'action des divers agens thérapeutiques sur les dimensions de ces organes; ils n'ont pas permis de déterminer si le quinquina modifie l'état de la rate avant que l'époque de l'accès suivant soit arrivée; on ne pouvait par les moyens de diagnostic ordinaires arriver à la solution de ces questions tout-à-fait importantes sous le rapport de la nature et du traitement des fièvres intermittentes. La percussion bien faite et presque en quelque sorte minutieuse peut seule porter quelque jour sur ce sujet. La palpation ne faisant apprécier que le bord inférieur de la rate, et cela, dans des cas où elle est énorme, (et quelquefois ne pouvant pas faire trouver ce viscère bien qu'il soit très-gros, c'est-à-dire dans les cas où, comme l'a remarqué M. le professeur Andral, la rate soulève beaucoup de diaphragme par en haut); la palpation, dis-je, ne pouvait servir à étudier convenablement des faits du même genre que les suivans, qui forment la partie clinique de ce mémoire.

Ancienne fièvre quarte. — Fièvre quotidienne depuis un mois. — Hypertrophie médiocre de la rate. — Emploi du sulfate de quinine. — Guérison prompte.

Obs. I (1). — Ernest (Adèle), âgée de 17 ans, couturière, avait éprouvé deux ans auparavant une fièvre quarte qui dura huit mois. Cette femme est atteinte depuis un mois d'accès fébriles, caractérisés par le frisson, la chaleur et la sueur, et qui se déclarait le soir de chaque jour, mais d'une manière peu régulière; aucun symptôme gastro-intestinal n'a lieu, soit pendant le paroxisme, soit lors de l'apyrexie, durant laquelle il n'y a qu'un peu de céphalalgie.

La rate, mesurée par la percussion, a six pouces de hauteur et s'étend aussi vers la ligne médiane. On limite cet organe par des lignes avec le nitrate d'argent, et on trouve par la percussion médiate que la rate a de l'épaisseur; la palpation, du reste, ne donne aucun document sur le volume de celle-ci, précisément parce qu'en bas et à gauche elle ne déborde pas la saillie du thorax.

Le 21 août, jour de l'entrée d'Adèle à la clinique, on prescrit la tisane commune et le quart. L'accès a lieu le 21 au soir et le 22 comme les jours précédens.

Le 23, 10 grains de sulfate de quinine en trois doses; la première, de 4 grains, prise au moment de la visite; la seconde à midi, la troisième à 5 heures. L'accès du soir manque, et quelques frissons ont lieu le matin. Une selle liquide dans la nuit.

Le 24 au matin, la rate est beaucoup moins volumineuse; mais quelques coliques qui ont lieu, et la légère diarrhée de la nuit, portent à suspendre l'usage du sulfate de quinine et à y substituer l'eau de gomme, des cataplasmes et la diète.

Le 25, la diminution de la rate est beaucoup plus marquée; l'organe n'a pas plus de trois pouces et demi dans tous les sens, et est aussi bien moins épais. Plus de fièvre.

Quelques coliques persistent les jours suivans; on permet des alimens par gradation, et la malade sort guérie le 27.

(1) Observation recueillie par M. Putégnat.

Fièvre tierce ancienne et rebelle. — Hypertrophie médiocre. — Emploi du sulfate de quinine à la dose de 20 grains. — Guérison rapide de la fièvre et de l'hypertrophie.

Obs. II (1). — Marguerite Collet, âgée de 25 ans, a été prise à Nantes d'une fièvre intermittente tierce. Cette fièvre très-rebelle céda à plusieurs reprises au sulfate de quinine, mais presque immédiatement après, elle récidiva.

Le 1er juin 1832, lors de l'entrée de Collet à l'hôpital de la Pitié, salle Notre-Dame, n. 14, la fièvre revenait depuis fort long-temps tous les deux jours; le frisson commençait à 11 heures, durait jusqu'à une heure, et la chaleur, ainsi que la sueur, persistaient jusqu'à 8 heures; le ventre était tuméfié depuis plusieurs mois. Les règles avaient cessé de couler; la malade dit avoir éprouvé la jaunisse, mais elle n'a autre chose que la teinte jaune grisâtre qui accompagne les fièvres intermittentes prolongées. La rate a 5 pouces de hauteur et de largeur; son épaisseur est grande; elle dépasse de 3 pouces le rebord des côtes, ce dont on peut s'assurer aussi par la palpation.

Le sulfate de quinine fut donné à la dose de 20 grains pendant plusieurs jours de suite; la rate diminua dès le lendemain de hauteur, de largeur et de matité en rapport avec l'épaisseur. La fièvre cessa, et la malade sortit le 9 juin, ne présentant aucun symptôme de maladie.

Fièvre quotidienne ancienne. — Fièvre quotidienne nouvelle datant de 8 jours. — Hypertrophie de la rate. — Guérison prompte par le sulfate de quinine.

Obs. III (2). — Monnet, âgé de 23 ans, colporteur, entré à l'hôpital le 10 mai, habite Paris depuis deux mois. Il était délivré depuis quatre mois d'une fièvre d'accès quotidienne qui en avait duré cinq, pendant qu'il était dans son pays; mais elle a reparu depuis 8 jours. Tous les jours, elle a lieu entre midi et 5 heures du soir. D'abord frisson, puis chaleur et sueur abondante. Ordinairement, l'accès dure deux heures et il est suivi d'un grand mal de tête.

Les 11 et 12, l'accès est revenu chaque jour à midi; le pouls est plein, fréquent. Le malade tousse beaucoup. (Saignée de 3 palettes; diète.)

Les 13 et 14, l'accès est retardé. C'est de 7 à 8 heures du soir qu'il paraît. (Tisane amère, diète.)

Le 16, M. Piorry fait la visite en remplacement de M. Bouillaud; la rate, circonscrite par la percussion médiate, au moyen du plessimètre, offre 5 pouces dans son diamètre vertical. (Quinze grains de sulfate de quinine, tisane amère, diète.)

(1) Observation recueillie par M. Bulme-Dugaray.
(2) *Idem.*

Le 17 mai, la rate n'a pas diminué de volume. Seulement, elle s'est déplacée ; elle est descendue d'un pouce, et cependant hier il n'y a point eu d'accès. (Trente grains de sulfate de quinine en quatre doses : 1° grains, 8 grains, 6 grains et 6 autres grains de 3 heures en 3 heures.)

Le 18, 24 grains seulement ont été pris ; le malade a eu peur, et n'a pas voulu prendre la dernière dose. Il ne s'est pas manifesté le plus léger accident du côté des voies digestives. (Trente-cinq grains de sulfate de quinine, tisane, trois bouillons.)

Le 19, le malade va très-bien; l'accès n'a pas reparu; la rate est diminuée de deux pouces en haut, d'un pouce en bas et d'un pouce en avant. (Trente grains de sulfate de quinine administrés comme les jours précédens ; le quart d'alimens.)

Le 20, la fièvre n'a pas reparu. (Vingt grains de sulfate de quinine.)

Le 21 et le 22, le malade se trouve parfaitement ; les forces sont revenues. (Douze grains de sulfate.)

Les jours suivans, guérison complète.

Fièvre tierce ancienne guérie depuis long-temps.—Fièvre quarte récente.—Hypertrophie de la rate.—Guerison prompte de la fièvre et de l'hypertrophie de la rate, par le sulfate de quinine.

Obs. IV (1). — Au n° 12 de la salle Saint-Joseph est couché le nommé Crou, âgé de 20 ans, cuisinier. Il y a vingt-cinq jours qu'il est revenu d'Alger, où il a habité pendant huit mois, et où il a été atteint de fièvres d'accès qui en ont duré cinq, à partir du mois de juin 1831. Elles avaient le type tierce; c'était à cinq heures ou à cinq heures et demie du matin que l'accès avait lieu. A cette époque les hôpitaux d'Alger renfermaient cinq ou six cents fiévreux, et beaucoup mouraient à la suite des complications survenues soit du côté du cerveau, soit du côté du ventre.

La fièvre avait été coupée chez ce malade par des préparations de quinquina, concurremment avec un traitement antiphlogistique dirigé contre des symptômes cérébraux qui étaient survenus. Aujourd'hui 14 mai, tous les organes contenus dans les différentes cavités ont été trouvés sains, à l'exception de la rate, que la percussion médiate, au moyen du plessimètre, a montrée très-volumineuse. Mesurée dans toutes ses dimensions, nous avons trouvé six pouces environ pour le diamètre vertical, et quatre pouces pour le diamètre transversal.

Crou n'a eu encore que trois accès qui sont venus à six heures du matin tous les quatre jours. Celui de ce matin, que j'ai observé, a duré une heure trois quarts : stade de froid, trois quarts d'heure ; stade de chaleur, une demi-heure; stade de sueur une demi-heure aussi. A la visite qui a eu lieu à huit heures l'accès était complétement dissipé; il ne restait plus que quelques douleurs de tête et de la lassitude dans les membres. (Tisane amère, le quart d'alimens.)

Le 16 mai, c'est demain que doit venir l'accès. La rate n'a pas diminué de volume, non plus que les jours précédens. Aucune douleur ne se fait sentir dans la région qui la contient. (15 grains de sulfate de quinine, pris en quatre fois. Première dose 5 grains; deuxième dose 4 grains ; troisième dose 3 grains; quatrième dose 3 grains ; de trois heures en trois heures ; tisane amère ; trois bouillons.)

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

Le 18, point d'accidens. (15 grains de sulfate de quinine ; tisane amère ; le quart d'aliment.)

Le 20, l'accès n'a pas eu lieu ; mais le malade a ressenti encore à 6 heures du matin un frisson général suivi d'un peu de chaleur après. La rate n'a pas augmenté de volume appréciable. On ne prescrit que six grains de sulfate de quinine, et le 23, l'accès n'ayant pas reparu, le malade demande à sortir.

Fièvre quotidienne datant de quinze jours.—Rate de huit pouces de hauteur.—Saignée.—La fièvre persiste et la rate ne varie pas de volume. Trois jours après, emploi du sulfate de quinine.—Diminution subite et très-grande dans les dimiensions de la rate. —Choléra typhoïde.—Guérison après une longue convalescence.

Obs. V. — Euphrasie Duflot, âgée de 22 ans, d'une constitution faible, domestique, arrivée à Paris de la veille, entra à la Pitié, salle Notre-Dame, n° 6, le 27 juillet 1832. Elle habitait un pays marécageux. Depuis quinze jours elle éprouve des frissons le soir; une chaleur vive et de la soif succèdent et durent toute la nuit. Elle se plaint seulement de la tête; aucun symptôme gastro-intestinal; le cœur, le foie, les poumons percutés, auscultés, sont sains et ne donnent lieu à aucun indice de souffrance. La rate déborde sur les fausses côtes. Sa hauteur de haut en bas est de huit pouces; on ne peut la limiter, en arrière, mais on la suit en avant à deux pouces de la ligne médiane. La matité du son et la résistance que le doigt éprouve font aussi reconnaitre qu'elle a beaucoup d'épaisseur. (Diète ; saignée générale de plus d'une livre; eau de gomme.)

Le 29, la fièvre revient quatre heures plus tard ; mais elle dure autant que la veille, et l'étendue de la rate n'est en aucune manière modifiée. (Tisane commune ; diète.)

Le 30, accès de fièvre à peu près à la même heure. La rate n'est pas diminuée. (Trois doses de sulfate de quinine ; la première de 5 grains, la deuxième de 3, la troisième de 2.) Aucunes nausées, aucune colique ne suivent l'administration du sel de quinquina. La nuit suivante il y a à peine quelques frissons.

Le 31 au matin, la hauteur de la rate est diminuée de trois pouces. (10 grains de sulfate de quinine; le quart.) Apyrexie.

Le 1er août, la rate est encore diminuée de deux pouces, et la percussion pratiquée sur elle fait entendre au-dessous et d'une manière très-évidente le son de l'intestin. Dévoiement le soir. (Cataplasmes; lavemens émolliens; solution de gomme; diète.)

Le 2 août, trois vomissemens, neuf selles cholériques; puis pouls presque imperceptible, voix cassée, facies cholérique ; membres et nez froids; absence d'urine ; la rate est tellement diminuée qu'on peut à peine la retrouver par la percussion. (Vésicatoire sur les côtés de la colonne vertébrale, cataplasme, glace à l'intérieur.)

Les jours suivans les symptômes cholériques persistèrent et prirent ensuite la forme de l'entérite typhoïde ; cependant après une convalescence fort longue et entravée par une rougeole qui se déclara vers la fin, cette femme se rétablit et sortit de l'hôpital le 21 septembre.

Fièvre quotidienne datant de douze jours. — Rate de six pouces de hauteur; administration du sulfate de quinine; le surlendemain trois pouces de diminution dans la hauteur de la rate. — Le troisième jour atteinte de choléra typhoïde. — Guérison.

Obs. VI (1). — Michel Clozel, relieur, âgé de 26 ans, né à Strasbourg, ayant toujours joui d'une bonne santé, éprouvait depuis douze jours des accès de fièvre quotidienne, dont les accès avaient lieu vers le soir. Le frisson durait une heure; la chaleur et la sueur sept autres heures. Ce malade entra à la Pitié le 10 juillet, salle Saint-Joseph, n° 11. Les symptômes, le facies, étaient ceux qu'on observe dans la fièvre intermittente.

La rate fut limitée par la percussion médiate avec le plus grand soin; elle avait six pouces de haut en bas et dépassait à peine le rebord costal; on ne pouvait la limiter en arrière, mais elle s'étendait fort loin en avant; la percussion forte trouvait encore de la matité et une résistance assez forte au doigt qui la percutait. Le diagnostic fut donc : fièvre intermittente; hypertrophie de la rate.

Le 13, douze grains de sulfate de quinine sont administrés en trois doses à partir de l'accès qui se termine.

Le lendemain 14, pas de diminution dans le volume de la rate, dont la matité est toujours la même. La fièvre reparaît à l'heure ordinaire. 15 grains de sulfate de quinine.

Le 15, la rate est diminuée de près de deux pouces de haut en bas et d'arrière en avant. Elle est beaucoup moins mate à la percussion. Absence de fièvre.

Le 16, la rate est réduite à trois pouces dans tous les sens. La percussion forte fait entendre sur l'espace qu'elle occupe le son de l'intestin. La fièvre du soir manque; mais le soir diarrhée très-abondante, séreuse; vomissemens, crampes, puis réfrigération, en un mot choléra algide. La fièvre ne reparut pas et la rate fut réduite à des dimensions très-minimes. Sous l'influence de boissons chaudes, à très-petites doses répétées, et de quelques excitans de la peau, ces symptômes graves se dissipèrent, et dix jours après le malade était guéri. Cependant il resta à l'hôpital jusqu'au 14 août, époque à laquelle il sortit.

Fièvre tierce datant de dix jours. — Hypertrophie de la rate de sept pouces de hauteur. — Quinze grains de sulfate de quinine. — Choléra typhoïde. — Mort.

Obs. VII. — Potrou, âgé de 19 ans, d'une forte constitution, maçon, n'ayant jamais été malade, arrivé à Paris depuis six semaines, venant d'un pays marécageux, habitait depuis son arrivée une chambre assez grande, mais où demeuraient sept personnes. Il fut pris, le soir du 6 juillet 1832, de frissons avec mal de tête, puis de chaleur et de sueur; les accidens durèrent six heures et le malade revint bientôt à la santé. Cependant, tous les deux jours, les accidens reparurent. Cinq accès se déclarèrent et les derniers étaient plus forts que les premiers. Il entra le 18 juillet à la clinique de la Pitié. Il était alors sans fièvre; mais l'air de stupeur que présentait sa physionomie porta d'abord à soupçonner une fièvre typhoïde dont aucune autre symptôme ne révélait du reste l'existence. Comme le malade avait fort mal rendu compte des accidens qu'il avait éprouvés, on était loin de soupçonner une fièvre intermittente, quand la percussion de l'hypocondre gauche y fit trouver une matité insolite. La rate avait sept pouces de hauteur; elle s'étendait jusqu'au foie et dépassait seulement d'un pouce le rebord costal. L'épaisseur de l'organe était considérable, car le doigt éprouvait en percutant une résistance très-marquée, et quelque forte que fût la percussion, l'intestin ou l'estomac ne faisaient pas entendre le son qui leur est propre. Dans la crainte que des fluides ne fussent contenus dans l'estomac et en imposassent sur la présence de la rate, on fit coucher le malade sur le côté droit et la matité resta la même à gauche. Ce fut alors qu'on interrogea de nouveau Potrou et qu'on apprit qu'il avait eu la fièvre d'accès dont il a été question. On attendit le retour d'un paroxisme pour vérifier encore plus le diagnostic et pour donner le quinquina.

Le 20 juillet, à 8 heures du matin, frissons qui durèrent une heure; la peau était chaude, bien que le malade y ressentît du froid; la rate, pendant la durée du frisson, augmenta d'un pouce encore; la chaleur succéda, la peau devint brûlante, et la sueur dura jusqu'à 8 heures du soir. Pendant l'accès, boissons adoucissantes, chaudes durant le frisson, fraîches pendant la chaleur, tièdes lors de la sueur; après l'accès, 15 grains de sulfate de quinine en trois prises.

Le 21, apparence de santé parfaite; la rate est diminuée d'un pouce en haut et d'autant en bas; elle est réduite à 5 pouces. Cependant on ne peut encore la distinguer du foie, dont elle touche l'extrémité gauche. Du reste, dans la matinée, aucun symptôme gastro-intestinal. 15 grains de sulfate de quinine. Douze selles de matières jaunes, quelques coliques.

Le 22, point de vomissemens, urines normales, point de crampes. L'interne ne crut pas que les symptômes fussent graves; on ne donna pas les dernières doses de sulfate de quinine; vomissemens. Le soir une potion fortement excitante est donnée et les vomissemens s'arrêtent. 15 sangsues appliquées à l'anus, très-tard, donnent beaucoup de sang.

Le 23, un changement incroyable est survenu. Facies cholérique au plus haut degré; tache de la sclérotique, paupières inertes, nez effilé, joues excavées, teinte plombée, lèvres violettes; réfrigération du nez, des oreilles, des mains, des pieds; langue froide et violacée; des selles claires comme de l'eau ont eu lieu toute la nuit; crampes, abattement moral; pouls petit, filiforme, à 200 pulsations par minute; le lobe gauche du foie s'est retiré de trois pouces à droite et le reste du viscère est diminué dans la même proportion. La rate, examinée aussi par la percussion, est réduite à deux pouces et demi et est séparée du foie par une distance de quatre pouces. Le cœur est aussi très-petit; les poumons sont très-sonores en arrière. Le repassage de la région rachidienne n'empêcha pas la mort, qui eut lieu un quart d'heure après la visite.

Nécropsie faite 24 heures après la mort.

Cyanose moins prononcée que pendant la vie. Raideur cadavérique. La cautérisation a laissé peu de traces. Le derme est intéressé dans quelques points. Muscles colorés. Sclérotique comme pendant la vie.

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

Abdomen. Injection marquée à l'extérieur de l'intestin grêle dans toute l'étendue de celui-ci. Il est rempli d'un liquide blanc, séreux, floconneux comme de l'eau de riz. Vers le cœcum, le liquide est légèrement coloré en rouge. La membrane muqueuse est partout injectée et cela d'autant plus qu'on l'examine plus près du gros intestin. Une éruption de follicules ou de vésicules remarquables, de la grosseur d'un grain de millet, présentant un petit point noir au centre, occupe l'intestin grêle, et est plus apparente dans les dernières portions de celui-ci. Les glandes de Peyer sont peu développées et il n'y a pas d'ulcérations. Dans le gros intestin, on remarque aussi des granulations vésiculeuses, mais moins développées que dans l'iléon. La membrane muqueuse gastrique est injectée et ramollie vers la grosse extrémité.

Foie. Cet organe, d'une couleur foncée, est engorgé, ramolli; son volume est en rapport avec ce que la percussion avait annoncé.

Rate. Très-ramollie, ne formant qu'une espèce de bouillie comme de la lie de vin, présentant le volume désigné avant la mort.

Reins. Sains; injectés, ne contenant pas la moindre trace d'urine.

Vessie. Petite, rétractée, vide.

Poumons. Sains, non crépitans, affaissés à l'ouverture. Bronches pâles ne contenant pas d'écume.

Veines. Remplies d'un sang noir comme du goudron. Cœur petit, engorgé.

Fièvre quotidienne datant de 10 jours.—Hypertrophie de la rate.—Administration du sulfate de quinine.—Guérison rapide.

Obs. VIII (1).—Marais, âgé de 30 ans, colporteur demeurant près du canal, faubourg du Temple, ayant eu à Bordeaux quelques accès de fièvre et ayant alors souffert dans les côtés, n'en avait éprouvé aucune atteinte depuis plus d'un an, lorsque, le 12 juin, il éprouva vers le soir un frisson violent accompagné de tremblement qui dura trois quarts d'heure, et qui pendant trois heures fut suivi de chaleur et de sueur. Dix accès, revenant à trois heures chaque soir, se suivirent. Marais entra le 21 juin à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Joseph, n. 11.

Le 22, aucun symptôme en rapport avec les organes gastriques, circulatoires ou respiratoires; absence de fièvre; ictère splénique; foie de volume normal; la rate, limitée par la percussion médiate, a 6 pouces de hauteur, et on trouve d'avant en arrière, dans l'hypocondre gauche, de la matité dans 10 pouces de la circonférence du tronc. Cette matité est assez marquée pour prouver que l'organe qui lui correspond est très-épais. (Prescription : 12 grains de sulfate de quinine en trois doses, tisane de camomille, diète.) Par une fâcheuse erreur, on ne donne que la première prise avant l'accès.

Le 23, la grosseur de la rate est la même; la fièvre a reparu sans aucun changement. (Vingt grains de sulfate de quinine aux doses de 8 grains, 6 grains, puis 6 grains, prises de deux en deux heures.)

Le 24, diminution de la rate d'à peu près 4 lignes en tous sens. L'accès du soir manque. (Même prescription; le quart.)

Le 25, diminution de 3 lignes aussi dans tous les sens. (Même prescription; la demie.)

(1) Recueillie par M. Balme-Dugaray.

Le 26, la matité de la rate est beaucoup moins marquée; diminution de plus d'un pouce dans son étendue en largeur et en hauteur. Aucun accès fébrile. (Les trois quarts.) On cesse l'usage du sulfate de quinine.

Le 28, la rate est revenue à son état normal.

Le 29, Marais sort entièrement guéri.

Fièvre quotidienne datant de 8 jours—Hypertrophie considérable de la rate.—Saignée au onzième accès : la fièvre cesse; l'hypertrophie de la rate continue et ne se dissipe qu'après l'emploi du sulfate de quinine.

Obs. IX (1).—La fille Robinot, âgée de 20 ans, marchande des quatre saisons, entra à la clinique de la Pitié, salle Notre-Dame, n. 20, le 26 juillet 1832. Sa constitution était bonne, et elle n'était pas habituellement malade; elle éprouve, depuis le 18 juillet, c'est-à-dire depuis 8 jours, des frissons qui commencent dans la nuit, durent près d'une heure, sont suivis de chaleur et de sueur qui ne se dissipent que vers midi. En même temps et pendant l'apyrexie, il y a peu d'appétit, point de soif, quelques douleurs de tête. Le premier jour, on reconnut par la percussion (car la palpation ne donnait sous ce rapport aucun résultat) que la rate avait 7 pouces de hauteur et 5 pouces au moins d'avant en arrière; le foie n'était pas hypertrophié; une teinte spéciale et jaune grisâtre des tégumens semblait plutôt en rapport avec la souffrance de la rate qu'avec celle du foie; la conjonctive était plutôt bleue que jaune. (Limonade; la demie.)

Le 27, accès de fièvre.

Le 28, nouvel accès; la rate continue à être hypertrophiée.

Le 29, même état. (Une saignée proportionnée à son influence sur le pouls.)

Le 30, il n'y a pas d'accès. La rate reste hypertrophiée et n'a pas varié de volume. (Le quart de la portion pour alimens.)

Le 31, point de fièvre, mais céphalalgie; la rate a toujours le même volume. (Dix grains de sulfate de quinine en trois doses.)

Le 1er août, absence de fièvre, diminution marquée dans le volume de la rate. (Bains de pied pour remédier à la céphalalgie qui persiste; continuation du sel de quinine.)

Le 2, la rate est diminuée d'un pouce. (Même traitement.)

Le 4, aucun accident ne survient; la rate a trois pouces dans tous les sens. La malade sort guérie de l'hôpital.

Fièvre quotidienne datant de 8 jours.—Hypertrophie considérable de la rate.—Administration du sulfate de quinine.—Guérison.

Obs. X (2).—Dupontchel, âgé de 18 ans, cordonnier, demeurant dans un lieu humide, éprouvait depuis une douzaine de jours quelques malaises, suivis bientôt d'une fièvre quotidienne intermittente, dont l'accès, commençant la nuit par des frissons, continuait sous la forme de chaleur et de sueur pendant toute la matinée. Dans l'intervalle du paroxisme, la santé est bonne. Entré à la clinique de

(1) Observation recueillie par M. Laurence Tremain.

(2) Recueillie par M. Putégnat.

la Pitié, il était à la visite au moment de la chaleur. Du reste, il n'y avait pas d'autres symptômes de lésions locales qu'une hypertrophie de la rate, qui avait 7 pouces dans tous les sens.

Les 18, 19 et 20, on borne le traitement à un régime sévère et à des boissons adoucissantes. La rate conserve le même volume et la fièvre persiste avec les mêmes symptômes, la même durée, et survient aux mêmes heures.

Les exemples de choléra survenus après l'emploi du sulfate de quinine avaient engagé à suivre cette méthode d'expectation; mais la voyant inutile, on se décida le 21 à prescrire 10 grains de sulfate de quinine.

Le 22, la rate est diminuée de 2 pouces. Il n'y a pas d'accès fébrile. (Continuation du même moyen.)

Le 23, nouvelle diminution d'un pouce et demi dans les dimensions de la rate; absence de fièvre; aucun dévoiement. (On cesse l'emploi du sulfate.)

Le 24, la rate semble augmenter un peu de volume. (Nouvelle prescription de la même dose de quinquina.)

Le 25, retour complet à la santé; la rate est plutôt petite que grosse. Le malade sort de l'hôpital.

Fièvre tierce. — Hypertrophie de la rate au quatrième accès. — Saignée qui prévient l'accès; persistance de l'hypertrophie.

Obs. XI (1). — Monnier, âgé de 26 ans, teinturier, demeurant près de la rivière de Bièvre, d'une forte constitution, éprouvait depuis 8 jours quelques malaises, lorsque le 25 juillet il éprouva pour la première fois un frisson suivi de chaleur et de sueurs, symptômes qui persistèrent 7 heures et qui se renouvelèrent les 27, 29 et 31 juillet, époque à laquelle Monnier entra à la clinique de la Pitié, salle Saint-Joseph, n. 8.

Le 1er août, il n'y a d'autre symptôme de maladie qu'une hypertrophie de la rate, qui, mesurée par la percussion, a 6 pouces de hauteur et de largeur, et une épaisseur considérable (Saignée proportionnée à son influence sur le pouls; solution de gomme; diète.)

Le 2, légère fréquence dans le pouls; point de frissons. (Solution de gomme.)

Le 3, la rate aussi volumineuse que les jours précédens; appétit; soif. (Le quart pour alimens.)

Le 4, la rate conserve le même volume; point de fièvre.

Le 5, la rate est un peu diminuée.

Le 6, le malade sort de l'hôpital conservant encore une hypertrophie remarquable de la rate.

Résumé des douzième, treizième, quatorzième, quinzième, seizième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingtième, vingt-unième observations de fièvres intermittentes et d'hypertrophies de la rate.

Dix autres malades entrèrent encore à la clinique avec des fièvres quotidiennes ou tierces. Chez la plupart l'accès, comme il a été dit ailleurs, eut lieu le soir ou dans la nuit (compte-rendu de la clinique); en sorte que le matin, à la visite, la fièvre venait de se terminer. Dans tous ces cas, à l'exception d'un seul, où la région qu'elle occupe était douloureuse, la rate fut trouvée hypertrophiée. Chez les uns, il n'y avait eu que trois ou quatre accès; chez les autres, il avaient été plus nombreux. Il arriva que chez plusieurs, qui n'étaient pas malades depuis long-temps, la rate était très-volumineuse. Chez tous, le sulfate de quinine, administré à des doses variables entre 6 et 30 grains, détermina une diminution remarquable dans le volume de la rate et la fièvre ne reparut pas.

Engorgement de la rate qui conduit à reconnaître l'existence ancienne de fièvres intermittentes; diminution de l'organe sous l'influence du sulfate de quinine.

Obs. XXII. — Un homme de 30 ans, et d'une constitution assez robuste, ressentait quelques douleurs vagues dans le côté gauche du thorax, et se plaignait d'éprouver beaucoup de gêne à respirer lorsqu'il se livrait à un exercice un peu pénible.

Des médecins, dans une ville de province, le crurent atteint d'une maladie du cœur et il vint à Paris pour consulter sur son état. L'examen physique des organes circulatoires et pulmonaires n'y trouva aucune lésion; seulement le malade éprouvait ce sentiment douloureux dans le côté gauche dont il vient d'être fait mention et qui paraissait être la cause de la dyspnée. La palpation de l'abdomen conduisit à des résultats fort incertains. Il n'en fut pas ainsi de la percussion médiate. On trouva dans l'hypocondre gauche une matité très-marquée accompagnée de résistance au doigt et qui s'étendait à un pouce au-dessous du rebord costal.

Le malade interrogé alors avoua que plusieurs mois auparavant, il avait éprouvé des accès de fièvre intermittente, et qu'il avait habité dans des pays où elles sont communes. Il était dès lors très-probable qu'il s'agissait ici, non d'une maladie du cœur, mais d'une affection de la rate. En conséquence le sulfate de quinine fut administré à la dose de vingt grains en trois prises. Le surlendemain le volume de l'organe, qui avait été très-exactement limité avec le nitrate d'argent, avait diminué d'un pouce dans tous les sens, et j'ai alors perdu cet homme de vue.

Fièvre intermittente rebelle; point d'hypertrophie de la rate, mais douleur persistante dans ce viscère.

Obs. XXIII. — La femme ***, âgée de 40 ans, est à la Salpêtrière depuis un assez grand nombre d'années. Elle a été atteinte dans son jeune âge, à la suite d'une affection cérébrale aiguë, de paralysie du côté gauche du corps; les membres de ce côté sont grêles, très-faibles et atrophiés, sa constitution est débile; elle tousse fréquemment et est pâle. L'examen physique de la poitrine n'y démontre pas la présence de tubercules. Cette femme fut atteinte, au mois d'octobre 1832, d'une fièvre intermittente tierce, pour laquelle elle entra dans les premiers jours de novembre à l'infirmerie, salle Saint-Alexandre. Les accès revenaient de deux jours l'un, le soir, commençaient par le frisson, duraient une partie de la nuit et se terminaient le matin. La rate n'était pas hypertrophiée; on la retrouvait par la percussion dans l'hypocondre gauche et sous les côtes. Elle avait tout au plus trois pouces dans tous les sens, et le son n'était pas assez mat pour qu'on

(1) Recueillie par M. Putégnat.

pût croire à une hypertrophie dans le sens de l'épaisseur.

Mais si la rate n'était pas plus volumineuse, elle était en revanche très-douloureuse, et toutes les fois que les accès de fièvre devaient revenir, cette souffrance augmentant, le plessimètre prouvait jusqu'à l'évidence que c'était sur le point où la matité de la rate se rencontrait que la douleur avait son siége.

Le sulfate de quinine administré à la dose de 12 grains fit dissiper les accès; la rate ne diminua pas davantage, mais la douleur devint moins vive, quoiqu'elle ne disparût pas. A plusieurs reprises, la fièvre, la souffrance splénique récidivèrent; la première céda encore momentanément au sulfate de quinine, mais reparut encore plusieurs fois. On combattit la douleur par des applications de sangsues, des cataplasmes, puis des vésicatoires et des frictions avec la pommade iodée sur la rate; et c'est seulement au mois de février que la fièvre et la douleur parurent cesser complètement. Il est à craindre cependant que la guérison ne soit pas solide et que cette femme ne rentre prochainement à l'infirmerie, car il y a ici de fortes raisons pour supposer l'existence de quelque lésion organique de la rate.

Autres cas de fièvres intermittentes en rapport avec des lesions d'organes voisins de la rate.

Obs. XXIV, XXV et XXVI. — Dans le compte-rendu de la clinique de la Pitié (pag. 12); j'ai cité trois faits que je ne ferai ici que rappeler. Dans l'un il s'agissait d'une pneumonie à gauche et en bas, c'est-à-dire sur un point très-voisin de la rate qui n'était pas hypertrophiée; une fièvre d'accès se manifestait le soir; la pneumonie et la fièvre traitées par la saignée et les vésicatoires guérirent promptement; dans l'autre, une matité dont le siége paraît avoir eu lieu dans l'hypocondre gauche, fut accompagnée d'une fièvre intermittente quotidienne qui céda, ainsi que l'inflammation du colon, à l'application de quelques sangsues et de selles spontanées; un troisième fait avait rapport à une fièvre intermittente quotidienne qui résista à des doses énormes de quinquina, un abcès qui contenait plus d'une livre de pus avait fortement dévié la rate en avant et avait fait croire à son hypertrophie.

Fièvre quotidienne dont les accès commencent par la chaleur; le frisson succède; point d'hypertrophie de la rate; guérison par le sulfate de quinine.

Obs. XXVII. — Une femme d'une trentaine d'années entra à l'hôpital de la Pitié dans le courant de septembre 1832, présentant du reste l'apparence de la santé; bien réglée, elle éprouvait depuis quelque temps, et cela le soir, une chaleur d'abord légère, qui augmentait par degrés, et ensuite devenait très-vive. Cette chaleur n'était pas précédée de frissons, ni suivie de sueur; tout au contraire l'accès semblait inverse de ce qu'on observe d'ordinaire; lorsque la chaleur avait duré pendant trois ou quatre heures, des frissons légers avaient lieu et la maladie cessait. On ne trouvait du reste aucun symptôme d'affection chronique du poumon ou du tube intestinal. La rate n'était pas hypertrophiée, et un son très-clair, une élasticité parfaite se retrouvaient par la percussion sur le lieu que cet organe doit occuper; quelques grains de sulfate de quinine firent dissiper ces accidens et quelques jours après, cette femme sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Il me serait facile de joindre à ces observations beaucoup de faits du même genre recueillis dans les hôpitaux, dans ma pratique particulière et à la Salpêtrière, quoique les fièvres intermittentes légitimes y soient fort rares; mais ce serait faire d'inutiles répétitions, et il suffira de dire que tous les faits que j'ai eu l'occasion d'observer ont conduit à des résultats analogues aux observations précédentes. Depuis que j'ai repris le service de la Faculté à la Pitié, quatre cas de fièvres intermittentes, tierces ou quotidiennes se sont présentés. Dans tous, il y avait hypertrophie de la rate, et dans tous aussi l'organe diminua rapidement de volume sous l'influence du sulfate de quinine.

Sur les 27 cas qui viennent d'être énumérés, il y en a 21 où, pendant le cours d'une fièvre intermittente, la rate avait acquis un volume supérieur à celui de l'état normal qui paraît être, sur le cadavre d'après Meckel, et sur le vivant d'après mes propres recherches, de trois à quatre pouces de haut en bas, et de trois pouces d'avant en arrière. Dans quatre cas (obs. 1, 2, 3 et 4), il y avait eu d'anciennes fièvres intermittentes, qui, d'abord dissipées, avaient ensuite récidivé; quelquefois leur type avait changé, la rechute avait eu lieu : chez un premier malade depuis un mois, et la rate avait six pouces de hauteur; chez un second, depuis un temps assez long mais indéterminé, l'organe splénique avait cinq pouces de haut; chez un troisième, depuis huit jours, la rate s'élevait de cinq pouces dans l'hypocondre gauche; chez le quatrième enfin, il n'y avait eu que trois accès récens, et les dimensions de cet organe étaient de six pouces de haut en bas; chez tous les dimensions de la rate en largeur et en épaisseur paraissaient proportionnées à sa hauteur.

Dans les dix-sept autres cas, il n'y avait pas eu d'anciennes fièvres. Dans l'un (obs. 5), les accès dataient de quinze jours seulement, la rate avait huit pouces de hauteur et elle s'étendait beaucoup en avant. Dans un autre (obs. 6), où la maladie s'était manifestée depuis douze jours, la hauteur de l'organe était de six pouces; dans une autre (obs. 7), où la fièvre tierce datait de dix jours, la rate avait sept pouces de hauteur; ailleurs (obs. 8), au dixième jour d'une fièvre quotidienne, la rate avait six pouces de hauteur et une largeur beaucoup plus marquée; dans deux cas (obs. 9 et 10), une fièvre quotidienne s'était manifestée depuis huit jours seulement, et la rate avait, dans un de ces cas, sept pouces de hauteur et cinq d'avant en arrière, et dans l'autre sept pouces de haut en bas comme d'avant en arrière. Dans le onzième cas, il n'y eut que quatre accès de fièvre tierce, et la rate avait déja six pouces de hauteur.

Les dix autres faits qui se rapportaient à des fièvres récentes ont presque tous offert un développement considérable de la rate.

Il résulte de ceci que la rate n'a pas acquis un développement proportionné à la durée de la fièvre, puisque chez des gens où celle-ci était récente, la rate avait déjà sept et huit pouces de hauteur (obs. 5, 9, 10). Tandis que dans les cas où la maladie était ancienne, la hauteur de l'organe était seulement de cinq pouces (obs. 2 et 3).

Il résulte encore de ces faits que dès le quatrième ou le cinquième accès de fièvre (obs. 4, 7, 11), la

rate peut acquérir déjà une hauteur de six pouces et une épaisseur proportionnée.

Le type de la fièvre n'a eu que fort peu d'influence sur le degré de l'engorgement de la rate; dans les sept premiers cas de fièvre quotidienne la rate avait les dimensions suivantes en hauteur : 6, 5, 8, 6, 6, 7, 7 pouces; dans les trois cas de fièvre tierce, les dimensions dans ce même sens étaient celles-ci : 5, 7, 6 pouces, et dans celui de fièvre quarte, la hauteur du même organe était de six pouces.

Dans un autre cas (obs. 22), la fièvre est tierce; elle dure depuis fort long-temps, et n'est pas accompagnée d'hypertrophie de la rate; mais lorsque les accès doivent revenir, et pendant leur durée, une douleur vive se fait ressentir dans l'hypocondre gauche, et cela précisément sur le point où la percussion découvre une matité légère, il est vrai, mais qui à cause de son siége, ne peut guère être rapportée qu'à l'organe splénique. Du reste, la fièvre ne se manifeste pas dans cette observation avec les symptômes tranchés et avec l'apyrexie complète des autres fièvres intermittentes.

Dans l'observation vingt-deuxième, l'engorgement de la rate est porté à un tel point qu'il gêne la respiration et qu'il en impose pour une maladie du cœur. Cette hypertrophie persiste bien long-temps après que la fièvre intermittente qui coexistait, s'est dissipée.

Enfin dans les trois autres cas (obs. 24, 25 et 26), des fièvres d'accès se montrent pendant le cours ou à la suite de phlegmasie d'organes en rapport de contiguité avec la rate.

L'hypertrophie de la rate chez plusieurs de nos malades (obs. 4 et 7), augmentait pendant le frisson; dans deux cas (obs. 7 et 11), elle diminua avant que l'époque de frisson de l'accès suivant fût arrivée, en sorte qu'il est difficile de dire que ce soit la suppression de la fièvre qui ait fait diminuer la rate, puisque la diminution de celle-ci avait précédé la réapparition de l'accès. Il est vrai que chez l'un de ces malades (obs. 7), le choléra survint et qu'on peut attribuer en partie la diminution de la rate à cette grave complication : mais ici cette diminution avait précédé de plus de vingt-quatre heures l'invasion du choléra.

Chez aucun de nos malades, à l'exception d'un seul (obs. 7), soit qu'ils fussent atteints de fièvres tierces (obs. 2 et 11), soit que leur maladie eût le type quotidien ou quarte, soit qu'elle fût récente (obs. 11 et 8), soit qu'elle fût ancienne, on ne trouva pas que le foie fût douloureux, hypertrophié, développé par en haut, étendu par en bas, ou très-saillant vers l'épigastre; le cœur, les poumons dans presque tous les cas, n'offraient aucune altération physique de quelque importance. Il y aurait du reste de nouvelles recherches à faire sur ce sujet.

Dans deux cas on eut seulement recours, pendant trois jours pour l'un, pendant quatre jours pour l'autre, à l'expectation, à la diète et aux boissons adoucissantes. On n'observa sous l'influence de ces moyens aucun changement, soit dans la fièvre, soit dans le volume de la rate.

On saigna assez abondamment trois de ces malades :

Le premier est celui chez lequel l'expectation continuée pendant trois jours n'avait pas fait varier le volume de la rate; celui-ci, pendant trois jours, ne fut pas influencé par la perte du sang; l'engorgement se dissipa lentement, et ce ne fut que le septième jour que l'organe reprit son volume naturel.

Dans le second (obs. 11), la saignée est pratiquée après le quatrième accès; le cinquième manque; mais l'hypertrophie de la rate reste la même; et le sixième jour à partir de la perte de sang, l'organe commence à peine à diminuer. Le malade sort alors de l'hôpital.

Dans le troisième (obs. 5), la saignée n'arrête pas la fièvre; seulement l'accès, quoiqu'aussi violent, est retardé de quatre heures; l'hypertrophie de la rate reste la même.

Dans un cas (obs. 10), où le régime et les boissons aqueuses n'avaient produit aucun changement dans la fièvre ou dans l'hypertrophie splénique, l'administration du sulfate de quinine à la dose de 10 grains est suivie le lendemain de la cessation de la fièvre, et d'une diminution de deux pouces dans la hauteur de la rate. La guérison est dès lors très-prompte. Dans un autre qui vient d'être cité (obs. 11), où la saignée n'avait pas diminué le volume de la rate, mais où l'accès avait retardé, dix grains de sulfate de quinine furent administrés, la fièvre ne reparut pas. Le lendemain la rate était diminuée de trois pouces, mais le choléra se prononça de la manière la plus grave, et la femme qui fait le sujet de cette observation fut long-temps en danger.

Chez deux autres malades dont les cas sont compris dans les dix observations réunies (pag. 18), on fit appliquer à une ou deux reprises 20 ou 30 sangsues sur la région correspondante à la rate hypertrophiée et douloureuse. Le volume de celle-ci ne varia pas et la fièvre continua. Le sulfate de quinine fut alors administré, et en deux jours la fièvre et l'hypertrophie cessèrent.

Dans onze cas où la fièvre était récente et où les circonstances commémoratives n'indiquaient pas d'anciennes fièvres intermittentes (obs. 6, 7 et 8 des dix réunies), et où la maladie datait de huit à douze jours, le sulfate de quinine fut administré tout d'abord sans préparation, et dès le lendemain ou tout au plus tard le surlendemain, il y eut une diminution d'un, deux ou trois pouces dans le volume de la rate, et retard, diminution ou suspension de l'accès. Dans deux cas où le sel de quinquina fut administré en premier lieu et dont l'un se termina par la mort (obs. 7), et l'autre par la guérison (obs. 6), le choléra typhoïde survint de la manière la plus grave, et ce furent aussi ces malades chez lesquels la diminution la plus prompte et la plus considérable (trois pouces du jour au lendemain) eut lieu dans le volume de la rate.

Dans quatre autres cas (obs. 1, 2, 3 et 4), il y avait eu d'anciennes fièvres intermittentes, et l'on pourrait croire que l'hypertrophie de la rate datait de ces maladies premières. Ici, la diminution de la rate et la suppression des accès furent tout aussi prompts que dans les cas où la maladie était récente.

Dans un cas où l'hypertrophie de la rate existait sans fièvre (obs. 22), la diminution de l'organe après la première prise de sulfate de quinine fut encore rapide.

Chez une femme (obs. 23), où la rate était douloureuse sans hypertrophie, le sulfate de quinine fit dissiper momentanément les accès, qui revinrent fréquemment et qui résistèrent à des sangsues, à des vésicatoires, à des frictions avec l'iode, et à des narcotiques appliqués par la méthode endermique sur la région de la rate dans laquelle la douleur persista.

Dans un autre cas où existait une fièvre anormale, bien qu'il n'y eût pas d'hypertrophie de la rate, le sel de quinquina fut prescrit et les accès se dissipèrent.

Chez deux malades (obs. 24 et 25), la guérison de la phlegmasie d'organes voisins de la rate par les antiphlogistiques généraux et locaux fut suivie de celle de la fièvre. Enfin dans un cas d'abcès voisin de la rate compliqué d'ascite, les accès furent momentanément suspendus à la suite de l'emploi du sulfate de quinine à très-haute dose, mais la maladie revint et le malade mourut.

Les fièvres quartes et quotidiennes cédèrent tout aussi vite que les tierces à l'emploi du sulfate de quinine, et l'hypertrophie concomitante à ces affections de types divers ne résista pas plus dans les unes que dans les autres.

A part les trois cas où les symptômes cholériques se déclarèrent (obs. 1), et quelque fortes qu'eussent été les doses du sulfate de quinine, on ne put retrouver chez tous nos malades à la suite de son emploi, des symptômes d'irritation du tube digestif.

Les observations précédentes conduisent à se poser les questions suivantes :

Quelle est la nature de l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes?

Pour résoudre cette question, rappelons les faits suivans : 1° la structure de la rate, comme l'a si bien démontré M. Ribes, se compose en très-grande partie d'un lacis inextricable de veines ; 2° on dit l'avoir vue chez les animaux se tuméfier dans l'intervalle des digestions et diminuer pendant cet acte; 3° M. le professeur Andral a noté son augmentation de volume à la suite de troubles survenus dans la circulation; 4° dans plusieurs cas de fièvres intermittentes pernicieuses observées par MM. Bailly de Blois et Trousseau, la rate était gorgée de sang, ramollie, et l'on y a même trouvé des foyers apoplectiques ; 5° deux des malades précédemment cités périrent : l'un avait eu deux jours avant sa mort une rate énorme ; elle n'était plus que ramollie sur son cadavre, l'autre sujet n'était atteint que d'une légère hypertrophie de cet organe, et il n'y avait pas eu d'autre altération de la rate, d'ailleurs comprimée par un abcès ; dans ce cas cependant une fièvre intermittente d'une longue durée avait eu lieu ; 6° dans quelques jours la rate acquiert, dans certains cas, un grand volume ; sous l'influence du sulfate de quinine, et d'un jour à l'autre, elle diminue quelquefois d'un ou deux pouces; sous celle du sulfate de quinine et de l'invasion du choléra, cette diminution a été portée jusqu'à trois pouces en 24 heures; 7° sa diminution en épaisseur dans les mêmes circonstances est moins grande; 8° quand des douleurs ont leur siége dans la rate ainsi hypertrophiée, ce qui n'est pas rare, c'est plutôt un sentiment de pesanteur qu'une douleur bien aiguë. Que conclure de tous ces faits? c'est qu'il est certain que l'état de la rate dont il s'agit consiste dans une congestion de cet organe. Il est vrai qu'on trouve quelquefois à la suite des fièvres intermittentes anciennes des lésions organiques de la rate, mais cela a lieu dans tous les tissus long-temps congestionnés, dans la pneumonie hypostatique, par exemple ; et on ne voit pas pourquoi la rate ne s'enflammerait pas ou n'éprouverait pas des altérations dans sa texture à la suite de sa congestion, comme cela a lieu pour les poumons atteints d'une hypérémie passive et ancienne.

Notez cependant que cette congestion a quelque chose de spécial qui tient sans doute à la disposition anatomique de la rate. Sous l'influence d'une saignée et de la diète, le foie gorgé de sang diminue très-promptement. Ces moyens n'ont presque aucune influence sur le volume de la rate ; et le sulfate de quinine au contraire, qui n'a aucun effet sur le foie, en a un très-marqué sur l'organe splénique.

2° Par quel moyen peut-on reconnaître l'engorgement de la rate?

Cette question a été traitée avec assez d'étendue ailleurs (Traité de la percussion médiate et procédé opératoire, page 175), pour me dispenser d'y revenir ici. Remarquez seulement que M. le professeur Andral a déjà noté que la rate peut être très-grosse sans déborder les côtes, et signale aussi dans des cas pareils l'utilité de la percussion. Pour que cette percussion conduise ici à des résultats positifs, il faut absolument qu'elle soit faite avec le plus grand soin, et une plaque d'ivoire ou de métal et non le doigt donnent ces légères différences de son qui font si exactement apprécier le volume de l'organe. Il est indispensable dans des cas difficiles (mais où l'importance du sujet récompense du temps passé dans les recherches) de s'exercer sur le cadavre avant de se croire assez d'habitude pour annoncer avec assurance des résultats sur le vivant. La meilleure manière de dissiper ses propres doutes, c'est de limiter sur le cadavre avec des carrelets les points où l'on croit reconnaître la rate. Si on ne se sert pas de ce procédé, il faut, après avoir limité l'organe par des lignes, lier la trachée; car si l'on ne prend pas cette précaution, aussitôt que l'abdomen est ouvert, le diaphragme n'étant plus soutenu par les muscles abdominaux, remonte vers le thorax et entraîne avec lui l'organe splénique qui se trouve plus haut que les lignes tracées à l'extérieur ne l'avaient indiqué. C'est surtout sur les sujets morts de syncope que cela a lieu, et bien moins chez ceux qui ont succombé à l'asphyxie par l'écume bronchique.

Pour bien juger sur le vivant des variations journalières que la rate présente dans son volume, il faut tracer, tout à l'entour des points où la matité qui lui est propre s'y rencontre, une ligne non pas avec de l'encre qui s'efface, mais avec du nitrate d'argent, dont la marque persiste. Quant à l'épaisseur de l'organe splénique, il n'y a que l'habitude de la percussion qui puisse en faire juger.

La palpation est un moyen fort insuffisant pour faire juger de la dimension de la rate; elle ne fait apprécier que la saillie de sa circonférence au-dessous des côtes, saillie qu'on ne rencontre pas dans la très-grande majorité des cas, et elle ne donne aucune notion sur l'épaisseur de cet organe.

3° L'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes est-il constant?

Les faits recueillis par les auteurs sur les fièvres intermittentes ne peuvent servir à la solution de la question, parce que beaucoup d'observateurs ne possédaient pas les moyens de découvrir son état pendant la vie. M. Audouard, qui avait acquis une grande habitude de la palpation de la rate, dit l'avoir trouvée presque toujours hypertrophiée.

Dans les faits précédens, il y a eu, dans 22 cas sur 27, hypertrophie de la rate ; dans un cas souffrance de la rate sans hypertrophie ; dans trois cas maladies d'organes qui touchaient à la rate, et dans le dernier, il s'agissait d'une maladie fort différente des fièvres intermittentes ordinaires, puisque la chaleur précédait la sueur. Il semblerait donc que tou-

tes les fièvres intermittentes légitimes et franches coïncideraient avec une souffrance de la rate. Nos souvenirs pourraient du reste joindre beaucoup d'autres faits du même genre aux précédens. Toutefois ce sujet exigerait encore des travaux recueillis sur une plus grande échelle.

4° L'engorgement de la rate précède-t-il, accompagne-t-il ou suit-il la fièvre intermittente?

Comme on consulte rarement les médecins avant que la fièvre se déclare, il est difficile de résoudre cette question. C'est dans les pays tels que Rochefort, où cette maladie règne épidémiquement, qu'il faudrait faire des recherches sur ce sujet; on est réduit maintenant aux raisonnemens suivans :

Dès le quatrième accès dans un cas (obs. 11), dès le huitième jour dans deux autres (obs. 9 et 10), dès le dixième chez deux de nos malades (obs. 7 et 8), la rate avait déjà acquis un volume tout aussi marqué que celui qu'elle avait à la suite de fièvres anciennes. Il y a donc lieu de croire que l'organe est hypertrophié dès les premiers temps des fièvres intermittentes, et que l'augmentation dans son volume n'est pas du tout proportionné à la durée de ces fièvres. Il est bien vrai que dans un ou deux cas la rate augmenta un peu de volume pendant le frisson, mais dans l'apyrexie elle revint à la dimension qu'elle avait auparavant; d'ailleurs le resserrement spasmodique des parois pendant le frisson pourrait bien avoir fait commettre quelques erreurs sur les variations de volume alors observées.

Chez plusieurs de nos malades, avant l'invasion de la fièvre, il y avait eu pendant quelques jours des malaises, et dans certains cas des douleurs dans le côté gauche. La rate avait-elle été malade avant les accès? C'est ce qu'il est impossible de décider

Ce qu'il y a de sûr, c'est que la fièvre peut cesser et l'engorgement persister non-seulement pendant plusieurs jours (obs. 9 et 11), mais pendant des mois (obs. 22), et peut-être durant des années. Cela porterait à croire que la rate n'est pas la cause de la maladie, puisque celle-ci cesse et que l'engorgement continue; mais remarquez que le plus souvent chez ces sujets à grosse rate, il survient des frissons le soir, que ces malades conservent le teint des personnes atteintes de fièvre intermittente et qu'ils ont fréquemment des rechutes (obs. 3 et 4).

Ainsi nous ne savons pas si l'engorgement de la rate précède la fièvre, mais nous pouvons dire qu'il a lieu dès les premiers accès, qu'il se prolonge après la fièvre et qu'il paraît l'entretenir et disposer aux rechutes.

5° L'engorgement de la rate correspond-il à des fièvres de tel ou tel type? Le foie est-il plutôt affecté dans les fièvres tierces?

Le type de la fièvre, comme il a été déjà dit, n'a pas influé dans les cas précédemment énumérés sur le volume de la rate. L'hypertrophie de cet organe s'est rencontrée dans presque toutes les observations et tout aussi bien dans les fièvres intermittentes tierces que dans les quotidiennes ou les quartes. D'un autre côté le foie n'a augmenté de volume que dans la fièvre tierce suivie d'un choléra terminé par la mort; mais ce cas est tout-à-fait exceptionnel; ce n'est pas qu'à la suite des fièvres intermittentes le foie ne puisse devenir malade et plus volumineux; on conçoit qu'une affection de la rate peut à la longue se propager au foie, mais ce qui paraît certain, c'est que l'engorgement de ce viscère ne se présente dans les maladies que comme complication ou comme épiphénomène et nullement comme lésion constante et en rapport avec la fièvre.

6° Quelle est la nature des fièvres intermittentes?

L'intermittence et la périodicité, comme l'avait déjà remarqué Sauvages, sont des phénomènes naturels qui appartiennent à la plupart des fonctions de la vie, et entre les battemens du cœur qui reviennent à des temps égaux et rapprochés, et la menstruation qui se fait à des époques fort éloignées, une foule d'actes physiologiques se manifestent à des périodes dont la durée est plus ou moins longue. Exemples : le besoin de respirer, la faim, le besoin de la défécation, le sommeil, etc. Bichat et M. le professeur Broussais ont insisté sur ces idées. L'intermittence et la périodicité paraissent tenir aux lois mêmes de la vie et sont inexplicables comme elles. On remarque aussi que ce sont les organes vivans par excellence, les nerfs, dont l'action présente le plus grand nombre de phénomènes intermittens.

Or, en maladie, ce ne sont pas seulement les fièvres qui sont intermittentes et périodiques, c'est une foule d'autres affections, celles des nerfs ou des centres nerveux. Les névralgies descendantes, les névralgies ascendantes ou névroses, les inflammations secondaires à des souffrances nerveuses, sont soumises à des accès dont le retour est aussi régulier et aussi intermittent que celui des fièvres précédentes. De là cette pensée si naturelle que les fièvres d'accès ont leur point de départ dans le système nerveux.

L'analogie existant entre les accès névralgiques, les névroses, est si grande, que la plupart des auteurs ont rangé parmi les fièvres de véritables attaques de névralgie ou des névroses. Morton, Sydenham, Huxham, Senac regardaient toutes les maladies périodiques comme de véritables fièvres d'accès. Hildenbrand, d'après des recherches de statistique, a trouvé que le pays où l'on observe le plus fréquemment les fièvres intermittentes sont ceux où l'on retrouve le plus grand nombre d'exemples de névralgies, le frisson ou la période de concentration, comme le dit M. Récamier, suivie de chaleur et de sueur, ou de réaction et de crise, d'après ce même médecin, semblent représenter ces névralgies qui, partant des extrémités nerveuses, remontent vers les centres nerveux et irradient ensuite sur des nerfs du mouvement. La thérapeutique donne encore plus de poids aux considérations précédentes, car le sulfate de quinine réussit de la même manière dans les deux cas. Personne n'a mieux fait ressortir ces mêmes analogies que M. le docteur Joly, qui, comparant les névralgies et les fièvres intermittentes pernicieuses, croit que les unes et les autres sont identiques; que seulement celles-ci attaquent les nerfs ganglionnaires, et celles-là les nerfs de relation. Ce travail intéressant, consigné dans la Bibliothèque médicale, en 1828, mérite d'être lu et est tout-à-fait d'accord avec les recherches que, sans le connaître, j'avais fait de mon côté, sur les névroses.

Ainsi, il y aurait une lésion nerveuse dans les fièvres d'accès, et chacun de ceux-ci pourrait être comparé à une attaque de névralgie; le point de départ serait-il la peau, comme le veut Cullen? C'est ce que les symptômes sembleraient faire croire.

Mais quelle est la cause de ces accès? Ici, il y a deux ordres de faits : 1° l'hypertrophie de la rate ou la

splénocèle de M. Bally, qui ne peut être révoquée en doute, puisque des moyens physiques la constatent; 2° une altération du sang, qui est très-certaine lorsque la maladie a duré. Mais de ces deux états quel est celui qui précède? C'est là le point où les faits manquent et où il faut de nouvelles recherches de percussion. On voit bien la teinte des tégumens propre aux fièvres intermittentes, à la suite de l'hypertrophie de la rate, mais on n'a pas encore vu si cette coloration pouvait avoir lieu avant tout accès fébrile, et par conséquent avant le splénocèle. On ne saurait assez engager les médecins qui se trouvent dans des contrées où les fièvres intermittentes sont communes à faire des recherches de percussion pour éclairer ce sujet. Si la coloration précédait, on en pourrait déduire que l'altération du sang occasionerait primitivement l'accès fébrile, et par suite l'hypertrophie de la rate; ou bien d'abord le splénocèle, qui déterminerait la fièvre. Dans l'état actuel de la science, la question posée en tête de ce paragraphe n'est pas susceptible de solution. En vain dirait-on que les miasmes des marais agissent d'abord sur le sang pour causer la fièvre, car on pourrait répondre que leur action peut aussi être portée sur le système nerveux. En vain objecterait-on que l'action si prompte du quinquina s'explique par la modification qu'il imprime au sang, car on peut répliquer aussi que des névralgies, où certainement le sang n'est pas altéré, cèdent quelquefois et tout d'abord au quinquina. Comment croire qu'une altération du sang cause la fièvre d'accès quand on voit des ligatures sur les membres, ou des moyens tout aussi simples, agissant sur le système nerveux, arrêter promptement les accidens fébriles?

Tout ce que je puis dire, c'est que l'hypertrophie de la rate a quelquefois lieu sans fièvre actuelle; que la fièvre intermittente franche et légitime ne se voit presque jamais sans hypertrophie de la rate; que la coloration grisâtre de la peau ne se dissipe pas tant que la rate reste volumineuse, et qu'elle cesse d'avoir lieu dès que celle-ci est revenue à ses dimensions normales. Ces faits serviront peut-être à jeter quelque jour sur les questions difficiles à résoudre qui viennent d'être posées.

7° La fièvre intermittente est-elle une affection spéciale simple, ou appartient-elle aux divers ordres de fièvre admis par Pinel?

Boerhaave, Stoll, etc., admettaient une fièvre intermittente simple; P. Franck la décrit sous le nom de fièvre périodique intermittente légitime nerveuse, et Selle lui donne presque la même dénomination.

M. Fizeau a défendu l'existence de cette fièvre simple; MM. Rayer et Bally considérèrent aussi cette affection comme très-différente des autres fièvres. Pinel, au contraire, admettait que le type intermittent n'était qu'une forme particulière imprimée à l'un des ordres fébriles qu'il reconnaissait; de là les fièvres intermittentes méningo-gastriques, adéno-méningées, adynamiques, ataxiques, etc. M. le professeur Broussais pensa aussi que la périodicité n'était qu'une des formes de l'état inflammatoire, et que les fièvres intermittentes n'étaient que des gastro-entérites se manifestant par accès, opinion qui fut défendue par M. Roche et beaucoup d'autres. M. le professeur Bouillaud ne partage pas l'opinion de M. Broussais, et admet qu'indépendamment de toute réaction de viscères contenus dans les trois cavités, une fièvre intermittente peut avoir lieu.

Les considérations qui ont fait le sujet de ce mémoire ne nous permettent pas de croire que les fièvres intermittentes soient des maladies analogues aux affections désignées par les pathologistes sous le nom de fièvres muqueuses, bilieuses, etc.; jamais dans celles-ci je n'ai rencontré d'hypertrophie de la rate, lésions qui ont été constantes dans les fièvres intermittentes.

Conclusion : il y a un état organique différent dans les unes et dans les autres. Que ces fièvres diverses puissent se compliquer entre elles et déterminer par leur réunion la fièvre intermittente inflammatoire observée par Sydenham, Pringle, Huxham et Selle, ou la fièvre intermittente bilieuse signalée par Pinel, Bayle, etc., ou l'intermittente adynamique ou ataxique de Pinel et de Hildenbrand, cela est possible, mais prouve tout au plus que tantôt une fièvre intermittente, et tantôt une névralgie, ont compliqué un des états morbides désignés sous le nom de fièvres bilieuses, muqueuses, adynamiques, etc.; ou encore que ces états se sont manifestés pendant la durée des accès fébriles. C'est malheureusement ainsi que le choléra survint dans trois cas chez nos fébricitans (obs. 5, 6 et 7), et on ne pourrait dire pour cela qu'il s'agissait ici d'un choléra intermittent. C'est ainsi que M. Joly cite deux faits : l'un qui lui est propre, où une attaque d'apoplexie mortelle remplaça un accès de fièvre intermittente; l'autre, qu'il a emprunté à Morgagni, où la mort, rapportée à l'apoplexie séreuse, survint aussi pendant le cours d'une fièvre intermittente; on ne peut pas rapporter ces faits à des lésions cérébrales intermittentes.

8° Quels moyens faut-il employer pour combattre l'hypertrophie de la rate?

La saignée que Sydenham, Huxham, Pringle, recommandaient contre les fièvres du printemps, et qui a compté des succès, employée avec prudence, n'a jamais eu, dans les cas d'hypertrophie de la rate que j'ai observés, d'action prompte sur le volume de cet organe. Il n'en a pas été ainsi du sulfate de quinine; son action, tou e inexplicable qu'elle est, dépasse toute prévision. M. Bally, qui l'a employé à des doses énormes, déclare que tout engorgement splénique, quelque volumieux qu'il soit, et qui, en rapport avec des fièvres intermittentes, n'est pas accompagné d'une affection tuberculeuse, cancéreuse, etc., ou d'une transformation cartilagineuse ou osseuse, se dissipe par le sulfate de quinine.

Les faits précédemment énumérés ne laissent pas de doute sur l'action héroïque du quinquina dans de semblables cas. Ce n'est pas en 8 jours, c'est quelquefois en 24 heures que, dans nos observations, la rate a singulièrement diminué de volume. Des doses modérées de ce médicament ont quelquefois suffi; d'autres fois, il a fallu l'employer dans des proportions plus considérables. Du reste, ce n'est que dans les cas où le choléra survint qu'on vit des accidens suivre son administration, mais il y a tout lieu de penser que cette terrible complication fut accidentelle, et ne fut nullement l'effet du sulfate de quinine, car dans ces trois cas il y avait eu des circonstances d'habitation, qui avaient précédé ou accompagné l'attaque du choléra, qui pouvaient rendre compte de la forme grave que présenta celui-ci.

En général, c'est à très-fortes doses que dans l'hypertrophie de la rate il faut donner le sulfate de quinine; on peut sans crainte commencer par 15 ou 20

grains, et s'élever jusqu'à 60 et plus. J'ai cité ailleurs un cas où un malade avait pris, par inadvertance du pharmacien, 216 grains de ce sel sans en avoir éprouvé d'accident.

Il faut avoir un bien grand désir de purger pour administrer des éméto-cathartiques avant de faire prendre le quinquina dans les fièvres d'accès. Je n'ai pas vu un seul cas où celles-ci ne cédassent presque immédiatement au sulfate de quinine, sans le faire précéder de purgatifs, et l'on se rappelle ce fait mentionné par M. le docteur Vaidy, dans lequel beaucoup de fébricitans guéris par le quinquina tombèrent dans les mains d'un médecin qui les purgea et retombèrent malades.

9° Faut-il considérer une fièvre intermittente comme guérie tant que la rate reste hypertrophiée?

D'après les faits, dans ce travail, il paraît enfin tout-à-fait rationnel de ne pas cesser l'emploi du sulfate de quinine aussitôt que les accès de fièvre se sont dissipés, et de le continuer et même d'en augmenter la dose, si l'hypertrophie de la rate persiste. Cette règle pratique paraît être de la plus haute importance. Elle doit rendre les guérisons plus certaines, empêcher des rechutes et prévenir des lésions chroniques bien plus graves dont la rate pourrait devenir le siége.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Tumeur du cou, accompagnée d'accidens graves vers les organes respiratoires; guérison. Observation communiquée par M. le docteur Passaquay, médecin à Saint-Amour

Obs. — M. Journet cadet, de Bocarnoz, commune de Colligny (Ain), 46 ans environ, taille et structure athlétiques, lymphatique-sanguin, était, depuis sept à huit ans, sujet à la toux, avec dyspnée que ramenaient plus intenses les irrégularités et les vicissitudes atmosphériques. Ces accidens, légers d'abord durant les trois à quatre premières années, cédaient facilement aux précautions les plus simples. Mais, vers 1827, ils prirent un caractère plus sérieux, plus opiniâtre; ils reparaissaient à la suite de l'exercice le moins pénible, après la moindre diminution dans la température. Le poumon devint dès ce moment un centre permanent de fluxion, et jusqu'à la fin de 1830, en dépit de toutes les précautions hygiéniques et thérapeutiques, le mal s'aggravait toujours davantage.

Aux symptômes d'un asthme tantôt humide, tantôt nerveux, semblaient s'être réunis ceux du catarrhe chronique du poumon. De plus, deux et trois fois l'année, dans les grands changemens de saison ramenés par les équinoxes et les solstices, l'irritation chronique des voies aériennes passait à l'état aigu, et le sujet éprouvait des catarrhes, des pleuro-pneumonies avec hémoptysie, dont on ne parvenait à obtenir la solution qu'avec les plus grands soins et une désespérante lenteur.

Les mouvemens respiratoires étaient difficiles, laborieux, même dans l'état de repos; à chaque inspiration se faisait entendre un râle muqueux bronchique et un sifflement fatigant, comme si ce point était comprimé, rétréci de manière à intercepter le passage de l'air et des mucosités sécrétées. Cependant, à l'exploration, la cavité thoracique paraissait indolore, sonore et saine dans toute son étendue. On prétendait qu'il existait là un obstacle, une cause mécanique toujours présente; mais on ignorait et sa nature et son siége précis. Le malade néanmoins, perdait chaque jour le vermeil de son teint, son embonpoint, ses forces, et dépérissait à vue d'œil. Durant les quintes de toux et les accès d'asthme devenus fréquens, la face se montrait vultueuse et comme injectée. Hors de là, elle restait pâle, terne, grippée et exprimant la souffrance. Le sujet se désespérait; le médecin se dépitait, voyant l'inutilité de ses soins, et quoique hors des accès le pouls fût rarement fébrile, on ne pouvait que prévoir une terminaison prochaine et funeste, avec d'autant plus de raison que le père du malade avait succombé à un âge peu avancé aux atteintes d'une phthisie succédanée d'un asthme et de plusieurs attaques d'hémoptysie.

Telle était la position du sujet lorsqu'au commencement de mai 1830, l'air plus inquiet encore que de coutume, il vint m'annoncer un matin que, pour combler ses maux, depuis peu de jours une tumeur considérable s'était montrée tout à coup, pendant une quinte violente de toux, à la partie latérale gauche du cou. La tumeur n'étant plus visible au moment où je l'examinai, il la fit de nouveau paraître dans une forte expiration. Elle occupait le tiers inférieur de la région désignée, présentant le volume d'un gros poing, arrondie, dure, indolore et recouverte seulement de la peau. Sa sortie, plusieurs fois répétée, s'opérait brusquement, sans douleur, avec un certain bruit, ou plutôt une sorte de craquement semblable à celui produit par un ressort mou qui se détend. Sa rentrée avait lieu de même en penchant fortement la tête sur l'épaule droite pour tendre les muscles du côté opposé, et en exécutant une grande inspiration qui produisait une espèce de vide. La compression l'obligeait également à rentrer. Le malade pouvait garder sa tumeur sans inconvénient durant deux et trois heures; il en ressentait à peine une gêne légère; au contraire, il avait remarqué que la tumeur étant ainsi déplacée, la toux était plus rare, plus facile, et la respiration beaucoup plus libre.

Je crus alors pouvoir annoncer au malade que l'apparition de la tumeur était un événement heureux, en mettant en lumière la cause de ses maux, qu'on pouvait combattre avec le plus grand espoir de succès.

La nouveauté et l'importance de ce cas pathologique, l'intérêt que m'inspirait le malade ne me permettant point de m'en fier à mes seules lumières, je l'engageai à se rendre à Lyon avec une note explicative. Mon fils, alors interne de l'Hôtel-Dieu, fut chargé de l'accompagner chez les praticiens les plus recommandables. Un ancien chirurgien en chef de l'hôpital, qui jouit d'une réputation bien méritée, examen fait, pensa que la tumeur était une hernie du poumon. Peu satisfait de cette manière de voir, mon fils le conduisit chez M. Janson, qui ne voulut point se prononcer dans une première entrevue. Le lendemain, M. Janson ayant pris communication de la note envoyée, revit le malade, et exploration et consultation faites, il reconnut que la tumeur était dure, rénitente, sans battemens, sans frémissemens, sans aucun bruit analogue à celui de la respiration, sans fluctuation, et qu'elle présentait l'aspect et la consistance des bronchocèles, avec un peu plus de dureté néanmoins; qu'elle était de nature goitreuse; qu'on pouvait la regarder comme cause déterminante des accidens passés et présens;

enfin, qu'elle était indépendante de toute altération organique du poumon, resté sain jusqu'alors. Il conseilla les préparations iodées à l'intérieur et en frictions, précédées d'une saignée générale et combinée avec des saignées locales. Cette médication fut rigoureusement suivie. Au bout d'un mois, la tumeur avait perdu le tiers de son volume; elle était réduite à moitié vers la fin d'août. On supprima l'iode à l'intérieur; on le continua par la méthode endermique pendant quelques semaines encore, et la cessation entière des accidens accoutumés permit à M. Journet de renoncer, à la fin de septembre, à toute médication. Aujourd'hui, arrivée au volume d'un œuf de poule, retranchée sans gêne dans sa niche congéniale, d'où elle ne peut s'échapper qu'avec de grands efforts, sans bruit et rarement, la tumeur, réduite à l'heureuse impuissance de nuire, permet enfin au malade de jouir d'une santé passable, achetée par d'assez longues souffrances.

GAZETTE DU 8. N° 50.

THÉRAPEUTIQUE.

De la salicine et de son usage thérapeutique.

La salicine, comme tout le monde le sait, est une substance nouvelle, découverte par M. Leroux, pharmacien à Vitry-le-Français, et proposée par lui dans le traitement des fièvres d'accès aux mêmes titres que les préparations de quinquina. Il y a déjà deux ans que l'Académie des sciences, appelée à se prononcer sur la double question de la nouveauté et de la valeur thérapeutique de cette substance, a reconnu que M. Leroux était le premier auteur de cette découverte, et que la salicine possédait les qualités d'un bon succédané du quinquina. Après une mention si honorable, la salicine ne pouvait manquer de se présenter avec avantage au concours pour le prix Monthyon. Toutefois, le peu de temps qui s'était écoulé depuis la connaissance de ce remède n'ayant pas permis à l'expérience de multiplier assez ses épreuves, le jury se borna à décerner à M. Leroux la somme de 2,000 fr. à titre d'encouragement, en l'ajournant à concourir pour le grand prix l'année suivante, alors que toutes les parties de la question relative à ce nouvel agent auraient été suffisamment éclairées. Le moment est arrivé de proclamer que la chimie et la médecine pratique regardent aujourd'hui la salicine comme une substance nouvelle douée d'une vertu fébrifuge aussi positive que celle des anti-fébriles les plus vantés. Voici les principaux faits en preuve de ses avantages, avec l'indication des modes d'administration qui en garantissent l'efficacité.

Nous ne dirons point par quels indices M. Leroux fut amené à soupçonner, dans un des arbres les plus communs de nos climats, l'existence d'un succédané du quinquina. On sait que c'est de l'écorce de l'espèce de saule appelée *salix helix* par M. Desfontaines, que ce principe fut d'abord retiré, ce qui lui a fait donner par l'auteur le nom de salicine, sous lequel il est désigné. Les procédés analytiques employés pour le dégager des substances étrangères parmi lesquelles il est confondu, ont été perfectionnés depuis par M. Leroux lui-même, et par les soins de plusieurs autres chimistes. Sans entrer dans les détails des diverses méthodes de traiter l'écorce de saule, ce qui nous écarterait de notre objet, nous nous bornerons à dire que l'extraction et la purification de la salicine sont aujourd'hui si faciles qu'elles permettent de la livrer désormais à très-bas prix, et que M. Leroux espère même arriver bientôt à réduire assez les procédés de sa fabrication pour pouvoir la céder au prix modique de 2 fr. l'once. Quoi qu'il en soit, la salicine ainsi obtenue est un principe immédiat de l'écorce de saule. Elle ne peut être confondue avec les alcoïdes végétaux. Elle se dissout parfaitement dans l'eau plutôt chaude que froide, dans l'alcool, dans l'éther, etc., ce qui permet de varier infiniment les modes de son administration. Il ne faut pas perdre de vue qu'elle se décompose par les acides, au lieu de former avec eux des sels, comme la quinine ou la cinchonine, par exemple. Enfin, une combinaison fort importante de la salicine, c'est celle qu'on obtient avec le cyanure de potassium. (Un quart de grain de ce cyanure mélangé avec 12 grains de salicine.) L'expérience a prouvé que l'union de la salicine avec ce composé, loin d'altérer ou de réduire les propriétés médicinales de ce principe actif, l'augmente en quelque sorte de manière à donner à une quantité moindre de salicine ainsi combinée l'énergie que produirait une quantité supérieure de cette substance introduite dans son état de simplicité. Si les résultats de cette heureuse combinaison se confirmaient, combien on diminuerait encore les frais déjà si modiques de la préparation de la salicine!

Nous n'insisterons pas sur les avantages d'avoir sous la main un médicament héroïque obtenu avec très-peu de dépenses, et capable de remplacer à tous égards une substance comme le bon quinquina, toujours difficile à se procurer, particulièrement dans les campagnes, et chez les malades peu fortunés. Que serait-ce encore si nous supposions le cas, pas trop rare à notre époque, d'une guerre maritime qui interrompait nos relations avec le Nouveau-Monde?

Maintenant que nous avons fait connaître les qualités chimiques de la salicine, voyons ce que l'expérience clinique a appris de ce remède sous le rapport de la thérapeutique. Mais avant d'aborder ce sujet rappelons brièvement la discussion qui s'est élevée un instant sur le droit de priorité de la découverte de la salicine. Nous serons d'autant plus laconiques à cet égard que la commission de l'Académie des sciences a déjà jugé la question en faveur de M. Leroux. Voici les faits : Dans le mois d'octobre 1829, le Journal de Pharmacie signala la découverte d'un fébrifuge faite par Brugnatelli au moyen de l'analyse de l'écorce du saule blanc. Le même numéro de ce journal parlait encore d'un procédé d'extraction de ce fébrifuge par Buchner de Munich. En admettant que ces observateurs aient reconnu et annoncé la présence d'un fébrifuge nouveau dans l'écorce de saule, rien ne prouve que ce principe ait été isolé ou mis à nu par Brugnatelli, ni que le mode d'extraction proposé par Buchner fût le même que celui pratiqué par M. Leroux, car le produit obtenu par ces chimistes et décrit par eux comme de la salicine n'est qu'un extrait de l'écorce de saule, qui n'a aucun rapport chimique ou physique avec la salicine de M. Leroux. Indépendamment de ces considérations, ce qui tranche sans équivoque, à nos yeux, la question d'antériorité que nous examinons, c'est que les recherches de MM. Brugnatelli et Buchner ont été publiées en octobre 1829, tandis que c'est dans les

premiers jours de juin ou cinq mois auparavant que M. le docteur Gérardin remit à M. Magendie un flacon de salicine obtenue par les soins de M. Leroux. Enfin, ainsi que la commission de l'Académie des sciences l'a constaté avant nous, aucun formulaire français ou étranger ne renfermait rien qui eût rapport à l'extraction du principe amer de l'écorce de saule, jusqu'à l'époque où les travaux de M. Leroux commencèrent à être publiés.

La salicine a été administrée de différentes manières : en poudre, en bols, en pillules, dans une potion édulcorée. On peut l'associer à l'opium. La dose ordinaire est de 18 à 20 ou 30 grains ; au besoin on peut élever cette quantité et la porter jusqu'à 50 ou 60 grains. Elle se donne dans tous les cas qui réclament l'emploi du quinquina ou de ses préparations, tels que les fièvres intermittentes simples et pernicieuses, les fièvres rémittentes. Le temps convenable à son ingestion, les combinaisons qu'elle peut subir, les circonstances qui autorisent à avancer ou à remettre l'instant de son administration sont exactement les mêmes que celles auxquelles on se soumet en employant le quinquina. Il ne reste plus aucun doute dans l'esprit des praticiens sur la vertu fébrifuge de cette substance. Un grand nombre l'ont mise à l'épreuve, dans une foule de contrées diverses, sur des sujets d'âges, de tempéramens et de conditions différentes; partout elle a justifié la réputation qu'on lui avait faite d'après les premiers essais, contre les diverses espèces d'affections périodiques fébriles ou sans trouble pyrétique. Il ne nous est pas possible de citer ici le détail des faits qui déposent de la vérité de nos assertions. Nous devons nous contenter d'indiquer sommairement les résultats ainsi que les sources où nous allons les puiser. La plupart sont consignés dans les colonnes de la Gazette médicale. En 1830, le docteur Miquel a publié dans ce journal neuf observations de fièvres d'accès parfaitement authentiques, guéries par l'emploi de la salicine. Plusieurs duraient depuis plusieurs mois; l'une d'elles revenait même périodiquement tous les ans depuis cinq ans. La salicine n'a jamais manqué de les couper. Quelques-unes de ces fièvres avaient encore été attaquées inutilement par le quinquina, avant qu'elles ne cédassent à l'administration de la salicine. Dans ce même journal, on lit qu'en 1831, douze malades atteints de fièvres intermittentes de divers types ont été traités par la salicine, à la Pitié, dans le service de M. le professeur Andral. Dans six cas, la fièvre a cessé immédiatement après la première dose de salicine. Dans deux cas, l'accès n'est revenu qu'une seule fois. La salicine n'a échoué que sur deux malades. L'un était affecté d'une fièvre tierce qui a résisté également au sulfate de quinine; l'autre a été guéri à l'aide du sulfate de quinine. Ajoutons que les doses de salicine administrées par M. le professeur Andral ne vont pas au-delà de 4, 6 et 8 grains. Dans une thèse soutenue à la faculté de médecine de Paris, au mois d'août 1830, par M. le docteur Blaincourt, on trouve une série de sept observations de fièvres d'accès, recueillies par ce médecin dans divers services des hôpitaux de la capitale. Tous ces malades ont été guéris de leur fièvre par l'administration de la salicine. On y voit que des accès qui résistaient à des doses de 15 grains de cette substance, ont disparu en les poussant jusqu'à 30 grains. MM. Bally et Jadioux sont les médecins qui ont traité ainsi ces divers malades. Un fait bien plus important est celui-ci :

L'un de nos amis, le docteur P..., fut pris, à la suite d'un choléra chronique, d'accès nocturnes caractérisés par des défaillances accompagnées de refroidissement des extrémités, d'angoisses précordiales, de tous les symptômes, en un mot, qu'on retrouvait habituellement à cette époque chez les personnes qui avaient de légères attaques de choléra. Le sulfate de quinine avait échoué; la salicine pure, puis associée au sulfate de quinine, triompha de cette espèce de fièvre périodique larvée.

Dans les départemens, comme à Paris, les mêmes succès ont été obtenus de l'emploi de la salicine dans le traitement des fièvres d'accès. MM. Cagnon et Blaincourt, médecins à l'hospice de Vitry, citent huit cas de ce genre. La salicine a été presque constamment administrée par ces praticiens, en lavemens d'abord, à la dose de 18 gr., et immédiatement après 18 gr. en bols. MM. Garnier, Lefèbre, Brouillon, etc., médecins dans diverses communes du même arrondissement, ont obtenu de semblables résultats. Le docteur Olivier, médecin à Montluel, pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, a communiqué plusieurs observations de fièvres rémittentes, dont les paroxismes se présentaient avec le caractère des accès pernicieux, et dans lesquelles il a obtenu les plus grands succès de l'emploi de la salicine. Enfin, M. le docteur Noble, médecin de l'hospice de Versailles, a fait publier, dans le n° 2 de la Gazette scientifique de Seine-et-Oise de cette année, qu'il avait guéri 60 cas de fièvres intermittentes de tous les types, sans aucune récidive, au moyen de la salicine.

Tous ces faits, et un grand nombre d'autres, parlent d'eux-mêmes. Après tant de témoignages, nous ne craignons pas de le dire, avec la confiance qu'aucun praticien ne viendra nous démentir, la salicine est un fébrifuge aussi efficace et aussi sûr que le quinquina et ses meilleures préparations.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Considérations pratiques sur les anévrismes de l'artère poplitée; par Samuel Cooper (1).

Il arrive quelquefois que les battemens des tumeurs anévrismales éprouvent une diminution ou même cessent entièrement; cette circonstance n'est pas toujours le signe de ce qu'on appelle une guérison spontanée; souvent même ce changement est dû à une cause toute différente et annonce une augmentation de danger; cette cause est la rupture du sac anévrismal, les tégumens demeurant intacts. Cette dernière circonstance, il est vrai, met le malade à l'abri du danger qui résulte immédiatement d'une hémorragie; mais dans cette rupture de l'anévrisme; le sang peut se répandre dans le tissu cellulaire dans une étendue prodigieuse. De là, lorsque l'anévrisme a son siége dans l'artère poplitée, gêne dans la circulation de la jambe; le pied devient froid, et si l'infiltration sanguine atteint un certain degré, la gangrène s'empare du membre, que l'artère fémorale soit liée ou non.

Le passage d'un anévrisme circonscrit à l'état d'anévrisme diffus a été décrit par la plupart des

(1) Med. Chir. Transactions.

chirurgiens. Cependant plusieurs circonstances semblent exiger plus d'attention qu'on ne leur en a accordée jusqu'à présent; en les négligeant, on renonce à plusieurs sources de diagnostic, et on s'expose à de graves erreurs en pratique. Il ne suffit pas de savoir que, quand l'anévrisme devient diffus, ses pulsations diminuent ou disparaissent, le membre devient douloureux, la tumeur change de forme, le pied devient froid, le malade éprouve la sensation d'un liquide qui se répand dans son membre. Souvent il y a plutôt de l'engourdissement que de la douleur, et si l'anévrisme est volumineux, la compression et l'altération du nerf poplité, et la distension des branches nerveuses cutanées rendent bien compte de l'engourdissement de toute la jambe. Le changement de forme de la tumeur dépend de la situation de l'ouverture du sac, de l'étendue de l'extravasation et du lieu qu'elle occupe, et du degré d'empâtement des tégumens. Si la poche anévrismale se rompt en un point correspondant à la peau, si le sang se répand en grande quantité, et si le membre n'était pas très-volumineux par suite de l'engorgement des parties molles, alors les changemens opérés dans la tumeur et dans le volume du membre seront manifestes. Mais que la poche se rompe dans un point profondément situé, que le sang s'infiltre dans le tissu cellulaire entre les muscles et sous les aponévroses, si le membre était déjà considérablement enflé, une grande quantité de sang peut se répandre sans aucun changement appréciable soit dans la tumeur, soit dans le membre affecté. Quant à la sensation particulière perçue par le malade, c'est un renseignement sur lequel on ne peut guère compter, car la rupture peut avoir lieu pendant le sommeil, et le malade peut éprouver de la douleur ou toute autre sensation qui semblerait indiquer cette rupture sans qu'il s'opère aucun changement dans l'anévrisme.

Quoique la poche anévrismale soit rompue, il arrive cependant quelquefois, si l'ouverture n'est pas très-grande, que les pulsations ne cessent pas complétement tout d'abord; elles sont seulement moins fortes, et il faut souvent plusieurs jours pour qu'elles disparaissent. Cette diminution graduelle des battemens de la tumeur et leur cessation subséquente s'expliquent en admettant que l'ouverture de la poche s'agrandit peu à peu. D'autres causes ajoutent leur influence pour rendre ces battemens de plus en plus faibles, et pour les éteindre. La première est la gêne plus ou moins grande de la circulation dans le membre après qu'une grande quantité de sang s'est infiltrée dans le tissu cellulaire. Pour que l'extravasation atteigne le degré nécessaire à la production de cet effet, un certain temps doit s'écouler, car l'étroitesse de l'ouverture, et peut-être sa situation hors du courant de la circulation, s'opposent à ce que l'épanchement soit tout d'un coup abondant et étendu. Cependant la quantité de sang qui s'empare du tissu cellulaire augmente par degrés; alors la compression qui en résulte non-seulement développe une forte irritation, mais encore gêne la circulation sanguine et nerveuse dans le membre. De là l'abaissement de la température du pied et la tendance à la gangrène, conséquences bien connues du changement d'un anévrisme circonscrit de l'artère poplitée en un anévrisme diffus. La seconde cause qui agit puissamment pour faire cesser graduellement les battemens de la tumeur, est l'accumulation de coagulum et de fibrine dans la poche anévrismale, provenant de ce que le courant sanguin à travers la tumeur devient de moins en moins vif à mesure que la gêne de la circulation augmente dans la jambe.

Ces réflexions ont été déduites de l'observation d'un anévrisme de l'artère poplitée dont l'histoire peut être intéressante sous plusieurs rapports pour les praticiens.

Obs. — M. Lucas, homme robuste, âgé de 48 ans, sujet à la goutte, portait une tumeur au creux du jarret; elle s'étendait sur les côtés des condyles du fémur vers la rotule et sous le muscle gastrocnémien. Les pulsations étaient très-fortes et manifestes à la vue comme au toucher. La peau, en arrière, était en quelques endroits rouge et enflammée; le pied était engourdi et la jambe considérablement œdématiée. La maladie durait depuis cinq ans, sans que le malade se fût douté qu'il eût autre chose qu'une affection goutteuse du genou, et malgré l'énormité de l'enflure, il avait continué à vaquer à ses occupations jusqu'à la première visite de M. Cooper. On proposa la ligature de l'artère fémorale; mais le malade demanda une dizaine de jours pour remplir des engagemens contractés. Trois ou quatre jours après, il eut une violente attaque de goutte dans le pied droit et les deux poignets. Cette complication dura une quinzaine de jours, après lesquels on remarqua que « les battemens de la tumeur anévrismale avaient diminué notablement, sans aucun changement matériel dans la tumeur et dans l'aspect du membre, si ce n'est qu'une légère coloration purpurine existait au-dessus de la malléole interne. » L'engourdissement du pied semblait aussi augmenté. Cinq jours après, la coloration indiquée était très-manifeste, mais peu étendue, et ressemblait à une ecchymose; le pied était devenu froid tout à coup; il y avait un peu de sensibilité vers le coude-pied et la cheville, mais aucune aux orteils; aucun battement n'était sensible dans la tumeur. A cela près, le membre n'avait subi aucun changement. D'où venait la cessation des battemens? Comme il n'y avait « aucun changement dans la forme de la tumeur, dans sa fermeté, aucune augmentation de volume de la jambe, » on ne soupçonna pas une rupture du sac anévrismal. Cependant le pouls augmenta de fréquence et la gangrène était imminente. En appliquant l'oreille sur la tumeur, on percevait un bruit de soufflet qui était dû au passage du sang à travers la tumeur. La chaleur du membre se rétablit, et comme on ne pensait nullement à une rupture, on crut que l'afflux du sang dans la poche anévrismale ayant diminué, un travail de guérison pouvait être espéré et l'on remit l'opération. Le surlendemain la gangrène était imminente; la tumeur n'avait rien perdu de sa tension et de sa grosseur, le gonflement de toute la jambe n'avait point diminué; le bruit de soufflet était encore manifeste; le retour apparent de la chaleur du pied, noté l'avant-veille, était dû à l'emploi soutenu des fomentations; enfin la fréquence du pouls avait augmenté considérablement; en conséquence l'artère fémorale fut liée; aussitôt le bruit de soufflet disparut. Cinq jours après l'opération, la gangrène obligea d'amputer le membre environ à un pouce et demi au-dessus de la ligature de l'artère fémorale, qui ne donna pas de sang. La guérison était complète au bout de six semaines. En disséquant le membre amputé, on trouva que, dans la portion du sac anévrismal profondément située sous le muscle gastrocnémien, une rupture s'était opérée, par laquelle le sang s'était répandu abondamment dans le tissu cellulaire inter-

musculaire, jusqu'au talon; le tendon d'Achille en était entouré.

L'observation qui précède peut servir à éclairer plusieurs points intéressans de pratique.

1° Elle démontre le danger qu'on court à différer la ligature de l'artère fémorale, quand un anévrisme de l'artère poplitée est considérable; car, en supposant qu'on n'ait pas à craindre la rupture de la peau, et une hémorragie foudroyante, la poche anévrismale peut se rompre, et l'anévrisme de circonscrit deviendra diffus, en s'accompagnant de tous les dangers inséparables de ce dernier état. Depuis long-temps, M. S. Cooper recommande de ne point laisser se développer l'anévrisme de l'artère poplitée avant de recourir à l'opération. De véritables obstacles au rétablissement des malades résultent de l'accroissement de volume de la tumeur. Naguère on recommandait d'attendre, avant d'opérer, que les progrès de l'anévrisme aient permis aux branches anastomotiques de se développer. Cette doctrine a été abandonnée, car l'expérience a prouvé que les communications par lesquelles la circulation est rétablie après la ligature de l'artère principale du membre, sont plutôt oblitérées par la distension d'une immense tumeur anévrismale, qu'elles ne sont rendues plus larges et plus libres par les progrès de la maladie. En temporisant, on expose les muscles du genou à une grave altération dans leur texture; une poche volumineuse exigera beaucoup de temps pour revenir sur elle-même et pour être absorbée; le nerf poplité peut être transformé en une mince expansion ne ressemblant en rien à ce qu'il est à l'état normal; la veine poplitée peut être oblitérée; enfin, les condyles du fémur et la tête du tibia peuvent devenir le siége d'une maladie incurable.

2° Quand l'anévrisme est considérable, la jambe et le pied très-tuméfiés, si la poche se rompt profondément sous l'aponévrose et les muscles, le sang se répand dans le tissu cellulaire et donne lieu à un si faible changement dans l'aspect de la tumeur et du membre, que cette rupture ne sera guère soupçonnée si l'on ne prend en considération d'autres circonstances.

3° La diminution ou la cessation des battemens dans une tumeur anévrismale peut provenir d'une tendance vers la guérison, et dans ce cas le chirurgien n'a rien à faire; ou bien d'une rupture du sac anévrismal, et alors la ligature de l'artère doit être pratiquée promptement. De là, l'importance du diagnostic différentiel dans ces deux cas. L'observation qui précède est une preuve de l'utilité de l'auscultation pour s'assurer si le sang est admis dans la tumeur. Dans l'absence complète de tout bruit qui indique le passage du sang, on devra s'abstenir de lier l'artère.

4° L'infiltration étendue du sang dans le tissu cellulaire développe un grand degré d'irritation dans le membre, et y gêne la circulation; les effets en sont ressentis par toute l'économie, comme il est indiqué par la soif, l'anxiété, l'accélération du pouls et les autres symptômes de fièvre, même lorsque l'engourdissement du membre empêche le malade d'accuser de la douleur. On doit considérer l'accélération du pouls après une diminution ou la cessation des battemens dans une tumeur anévrismale comme un indice propre à faire soupçonner la rupture en question.

5° L'abaissement subit de la température du pied après les mêmes circonstances est encore un symptôme qui ajoutera au poids des autres.

6° Quelque profond que soit l'épanchement de sang dans les muscles et l'aponévrose, quelque tuméfiés que soient les tégumens, la rupture du sac donne lieu à une coloration rouge ou livide de quelque point de la surface du membre. Ce symptôme aidera le diagnostic.

7° L'observation ci-dessus montre à quelle distance éloignée le sang peut passer du sac anévrismal dans le tissu cellulaire, après le changemen de l'anévrisme circonscrit en anévrisme diffus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Observation relative à une ouverture anormale, et non encore observée, du sommet du ventricule droit du cœur, sans épanchement de sang dans la cavité du péricarde; communiquée par M. J.-J. Cazenave, D.-M. P., président de la société médicale d'émulation de Bordeaux.

Gastro-entérite. — Épilepsie. — Mort. — Injection des méninges; dure-mère opaque et violacée; cerveau très-volumineux. — Poumons très-noirs, distendus, résistans, etc. — Ouverture anormale, et non encore observée, du sommet du ventricule droit du cœur, sans épanchement de sang dans la cavité du péricarde.

Obs. — M. Teixandier, âgé de 38 ans, d'une constitution lymphatique très-prononcée, d'une indolence et d'une apathie rares, alla consulter un chirurgien dans les premiers jours de juin 1831, qui lui prescrivit des pilules, dont il n'indiqua ni le nom ni la composition, mais qui parurent être connus d'un pharmacien, qui les prépara d'après un semblant de formule portant ces mots : (Le malade prendra quatre de nos pilules n° 8, à jour passé.) M. Teixandier se conforma à cet avis, éprouva dès le lendemain des vomissemens répétés, de fortes douleurs à l'épigastre, et deux ou trois selles sanguinolentes. L'application de 15 sangsues à l'épigastre, des fomentations émollientes sur la même région, des demi-bains et la diète, suffirent pour rétablir le malade en moins de 15 jours.

M. Teixandier vint me voir le 15 mai 1832, et me dit souffrir à la fois d'une assez forte céphalalgie sus-orbitaire d'un seul côté, d'un tintement d'oreilles et d'une susceptibilité de l'ouie telle, qu'il ne pouvait supporter le moindre bruit chez lui, et surtout celui des voitures passant dans la rue.

Un peu remis de ces indispositions, le même M. Teixandier céda aux pressantes sollicitations de quelques amis, et alla, le 31 mai 1832, en partie de plaisir à la campagne, où il mangea copieusement et but au dessert trois verres de vin blanc de Barsac. Il rentra en ville le soir du même jour, se coucha sans se plaindre et fut pris, vers deux heures du matin, de violentes convulsions qui réveillèrent sa femme, couchée à côté de lui. A peine se passa-t-il dix minutes depuis le réveil de madame Teixandier, que son mari avait repris ses sens. Appelé le 1er juin dès quatre heures du matin, j'allai voir le malade, qui me dit n'avoir rien éprouvé qui pût lui expliquer ma visite faite d'aussi bonne heure. La figure était très-pâle, les traits décomposés, le pouls lent et concentré, l'abdomen légèrement météorisé et l'épigastre douloureux à la pression. Je

prescrivis un demi-lavement émollient avec addition de 2 onces de miel de mercuriale, et recommandai d'appliquer 20 sangsues à l'épigastre dès que le lavement serait rendu.

A peine fus-je rentré chez moi, qu'on vint me prier de revenir chez le malade pour remédier à une nouvelle crise (1). Quoique tout fût terminé lorsque j'arrivai, et que le malade eût repris ses sens, je me décidai à le saigner, parce que je le trouvai le visage rouge et se plaignant de très-fortes douleurs de tête. Je fis ensuite appliquer les sangsues à l'épigastre.

Le reste de la journée ayant été assez bon, je me contentai le soir de faire continuer la limonade gommée que j'avais déjà prescrite le matin, de faire servir un demi-lavement émollient et de faire tenir des fomentations émollientes tièdes sur tout l'abdomen, dont le météorisme et la douleur par le toucher avaient sensiblement diminué.

Le lendemain matin à trois heures (2 juin), le malade eut encore deux crises convulsives. Quelques minutes après mon arrivée, il pousse un cri très-aigu, qui se renouvelle chevrotant et moins fort à mesure que la bouche s'entr'ouvre lentement comme un long bâillement. A ces deux premiers phénomènes succèdent très-rapidement les convulsions de tous les muscles du côté droit de la face, un clignotement très-rapide, puis l'immobilité des deux paupières supérieures, l'état convulsif et le renversement en haut des deux globes oculaires, ne laissant apercevoir que la sclérotique; l'écume à la bouche, une sorte *d'opisthotonos* et d'*emprosthotonos* alternatifs et rapides du torse, de fortes convulsions de l'extrémité pelvienne droite, de beaucoup moins intenses du côté opposé. Les avant-bras, croisés sur la poitrine, sont fortement contractés, tremblans, et conservent la même position pendant tout l'accès. Dès les premières convulsions, la face s'injecte, rougit d'abord, puis devient noire; le cou se gonfle, les jugulaires sont distendues outre mesure, la circulation s'accélère, la respiration est stertoreuse et embarrassée. La terminaison de la crise s'annonce par des bâillemens sans cris; le visage reprend peu à peu sa pâleur première; les convulsions décroissent graduellement; la respiration et la circulation sont moins vives, se régularisent; une sueur abondante et visqueuse couvre tout le corps; le malade, accablé de fatigue, reprend ses idées sans avoir la conscience de ce qu'il vient d'éprouver, et conserve une forte céphalalgie.

L'attaque dont je venais d'être le témoin ne me laissa pas le moindre doute sur l'existence de l'épilepsie, dont la violence et la fréquence des retours me firent craindre qu'elle ne se terminât par une apoplexie foudroyante.

(Application de 16 sangsues sur les apophyses mastoïdes; glace sur la tête, fomentations émollientes sur l'abdomen; frictions avec le vinaigre chaud sur les extrémités thoraciques et pelviennes.

Durant ce même jour, et depuis 10 heures du matin, les attaques se répétèrent toutes les 20 minutes jusqu'à 2 heures de l'après-midi, avec une telle force qu'elles effrayèrent toutes les personnes qui visitaient le malade.

Je prescris l'application de 20 nouvelles sangsues sur le trajet des jugulaires, 20 autres sur l'épigastre, que je trouve douloureux, très-tendu et météorisé, un demi-lavement émollient et la continuation de la glace sur tout le sommet de la tête.

Quoi qu'il en fût de cette médication assez énergiquement antiphlogistique, les attaques recommencèrent à quatre heures de l'après-midi et continuèrent avec la même intensité, en laissant quelques intervalles de 10 minutes au moins et de 2 heures au plus. Durant cet espace de temps, je renonçai à l'emploi des moyens rationnels pour essayer ceux qu'on conseille généralement, mais empiriquement, contre l'épilepsie, toutefois en surveillant la congestion cérébrale à peu près permanente, vu la fréquence des attaques. Je prescrivis en conséquence une potion composée d'éther sulfurique, de musc et d'assa-fœtida, et une légère décoction de valériane édulcorée pour boisson. Ces antispasmodiques réveillèrent la douleur épigastrique, firent rougir la langue, la sèchèrent, augmentèrent la soif et accélérèrent les mouvemens du cœur.

Quoi qu'il en fût de cet incident, le malade se trouva on ne peut mieux pendant toute la journée du 4, au point que je le crus, non pas guéri de l'épilepsie, mais du moins à l'abri d'un danger prochain. Je me bornai à revenir à l'usage de la limonade froide, aux fomentations émollientes sur l'abdomen, et à prescrire un demi-bain tiède durant lequel on tint des réfrigérans sur la tête.

Les attaques recommencèrent plus fortes que jamais dès le lendemain (5 juin) de grand matin, et ne laissèrent presque plus d'intervalles jusqu'à minuit et demi, heure à laquelle le malade présenta tous les phénomènes d'une véritable apoplexie. Il agonisa jusqu'au lendemain matin 6 heures, et mourut sans avoir repris ses sens.

Depuis le retour des attaques, j'avais fait appliquer quelques sangsues derrière les oreilles, des vésicatoires aux jambes et des cataplasmes fortement sinapisés sur les coudes-pieds, les genoux, etc.

Nécropsie faite quinze heures après la mort, en présence de MM. Ferranti, ancien élève en médecine à Florence, Léon et Savart, amis de la maison.

Habitude extérieure. — Peu de rigidité cadavérique; visage très-pâle; tissu cellulaire graisseux très-abondant; formes rondes et féminines; jambes grêles et ancienne cicatrice à l'aine droite.

Tête. — Les méninges sont fortement injectées, mais seulement dans leurs portions correspondantes à la convexité des hémisphères cérébraux, sans autre altération de leur tissu. L'arachnoïde et la pie-mère ont conservé leur transparence, mais la dure-mère est opaque et violacée. Le cerveau est très-volumineux, sa substance blanche très-consistante et comme granitée de petits points rouges. Rien de particulier dans le reste de l'encéphale, dans le cervelet, le bulbe rachidien et la moelle épinière. Le fluide céphalo-rachidien ne m'a pas paru dépasser la quantité ordinaire.

Poitrine. — Les poumons sont très-noirs, très-distendus, résistans, peu crépitans, se touchent par leurs bords antérieurs lorsque le médiastin est détruit, et recouvrent le péricarde. La section de leur parenchyme en fait découler un sang visqueux très-noir et mêlé à une espèce de sanie grisâtre inodore.

Le péricarde, examiné à l'extérieur et à sa surface interne, ne présente rien de particulier.

(1) On voudra bien noter que le malade n'avait jamais eu de convulsions et d'attaques d'épilepsie avant cette époque.

Le cœur est de forme, de grosseur et de consistance normales. Je ne fus pas peu surpris en le soulevant de voir s'écouler de la partie antérieure et tout-à-fait inférieure du ventricule droit, avoisinant la cloison, une assez grande quantité de sang noir et écumeux. Soupçonnant alors la rupture ou des ulcérations des parois de ce ventricule, j'examinai l'ouverture avec beaucoup d'attention, l'enfilai avec un stylet mousse et m'assurai qu'elle était régulièrement circulaire, très-lisse, à bords saillans, rapprochés lorsque je retirais le stylet, et pouvant s'éloigner assez sans distension forcée pour donner une ligne de diamètre. Après avoir vérifié s'il n'existait aucune anomalie dans les vaisseaux qui partent du cœur ou qui y aboutissent, je fendis avec précaution le ventricule droit et l'ouverture anormale, que je trouvai d'un poli brillant, dépourvue de tout repli membraneux ou de valvules, et n'ayant aucun rapport avec les solutions de continuité du cœur connues sous les dénominations de ruptures, d'ulcères et de plaies récentes. Le ventricule gauche et les deux oreillettes n'offraient du reste absolument rien de particulier.

Abdomen. — L'estomac et le tube intestinal tout entier ne présentèrent aucune trace de phlogose. Je ne trouvai aucune particularité d'anatomie pathologique dans le foie, la rate, le pancréas, les reins et la vessie successivement examinés.

1. On a sans doute le droit d'être surpris qu'il ne reste ordinairement aucune trace de lésion organique de l'encéphale après la mort des sujets épileptiques, puisqu'une plus grande quantité de sang dans le cerveau que d'habitude, et sa stagnation forcée dans cet organe durant les attaques, devraient y produire des désordres graves et appréciables. Mais que tout se soit borné dans le cas que je viens de rapporter à l'injection de la portion des méninges recouvrant la convexité des hémisphères cérébraux, à la consistance un peu plus que normale de la substance blanche et à quelques points sablés de rouge, voilà certes de quoi ébranler l'opinion des anatomo-pathologistes exclusifs, et celle des médecins qui veulent à toute force qu'il reste après la mort des lésions organiques palpables, une traduction constante, invariable, écrite en gros caractères, des désordres fonctionnels observés pendant la vie. Assurément ici tout se prêtait on ne peut mieux à ce que le cerveau fût entièrement désorganisé. Ainsi le malade a des attaques d'épilepsie à peu près permanentes pendant cinq jours; pendant cinq jours aussi le sang est appelé vers le cerveau par un travail morbide dont on ne connaît pas la nature, dont on n'a pas encore surpris le secret; les contractions rapides, énergiques et continues du cœur augmentent la congestion et l'entretiennent; les mouvemens d'inspiration si nécessaires au retour du sang veineux dans le cœur sont presque nuls, à peu près impossibles tant les parois thoraciques sont tendues et immobiles pour prêter de forts points d'appui aux organes locomoteurs convulsés, et cependant qu'ai-je trouvé après la mort qui ait pu expliquer un état convulsif aussi horriblement permanent? à peu près rien.

2. Cette observation et ses particularités nécroscopiques, quant à l'encéphale, ajoutent donc à la somme de ces cas si nombreux dans lesquels les plus grands désordres fonctionnels, durant la vie, ne laissent aucune trace de lésion organique après la mort, ce qui a fait dire à M. le professeur Andral que la lésion d'innervation était primitive et constante, tandis que la lésion d'organisation était secondaire, variable dans sa nature, inconstante dans son existence. Ce défaut, cette absence totale de lésions organiques pour les centres nerveux, à la suite de leurs désordres fonctionnels les plus patens, les plus féconds en caractères anatomiques tranchés (je veux parler des apoplexies et des paralysies qui en sont les conséquences les plus ordinaires), viennent d'être mis naguère en relief à l'occasion de la maladie et de la mort de notre célèbre Cuvier, dans le cerveau duquel on n'a trouvé que des particularités d'organisation propres à fournir des explications phrénologiques et cranioscopiques assez satisfaisantes sur sa vaste science.

3. Les particularités d'anatomie pathologique observées sur les deux poumons sont communes en cas pareil, et ne sont ici que le résultat d'une véritable asphyxie. On voudra bien remarquer que puisque les épileptiques ordinaires succombent, dans une de leurs attaques, aux conséquences réunies de la congestion cérébrale, des désordres nerveux et de l'asphyxie, on voudra bien remarquer combien il est étonnant que M. Teixandier ait pu résister, pendant cinq jours, à d'aussi fortes et à d'aussi fréquentes attaques.

4. Les ulcérations, les ruptures, les plaies récentes du cœur ont été observées assez fréquemment. Les ouvertures congénitales de communication entre les ventricules l'ont été un moins grand nombre de fois; on cite des cas, disent Bertin et M. Bouillaud, dans lesquels les quatre cavités du cœur communiquaient entre elles à la faveur d'une perforation qui occupait le point de réunion de la cloison auriculaire avec la cloison ventriculaire. M. le docteur Thibert en a recueilli un exemple qui a été publié dans le bulletin de la Faculté de médecine de Paris, année 1819.

5. Je n'ai vu ni lu nulle part qu'on eût trouvé une ouverture, que je suis autorisé à regarder comme congénitale, semblable à celle que j'ai décrite, et je ne sache pas que les auteurs qui ont écrit sur les maladies du cœur en aient signalé de pareilles. On ne trouve du moins rien à ce sujet dans Vésale, Nicolas Massa, Charles Étienne, Bonnet, Lancisi, Valsalva, Albertini, Morgagni, Senac, Corvisart, Laënnec, Bertin et Bouillaud (1).

6. Cette ouverture, que j'ai dit n'être ni une rupture, ni une ulcération, n'a pu donner lieu à aucun désordre circulatoire puisque, malgré la communication du ventricule droit avec la cavité du péricarde, je n'ai trouvé aucun vestige de sang épanché dans cette dernière.

7. L'épanchement du sang dans la cavité du péricarde, la compression du cœur, l'empêchement de sa dilatation et de ses contractions, puis la mort paraissaient devoir être les inévitables conséquences

(1) Le fait rapporté par M. Cazenave est unique dans la science. Il nous paraît si extraordinaire qu'il faut toute l'autorité scientifique et le caractère honorable de ce médecin pour donner quelque valeur à l'observation qu'il nous a communiquée. Il eût été à souhaiter que d'autres médecins eussent assisté à l'autopsie du malade qui l'a offerte. Il faut attendre que la science en ait recueilli d'analogues avant de chercher à les mettre d'accord avec les lois ordinaires de la physiologie. Nous regrettons toutefois que M. Cazenave n'ait pas examiné attentivement si aucune adhérence du péricarde n'avait existé, capable d'empêcher l'épanchement.

de cette anomalie et de la grandeur du diamètre de l'ouverture : il n'en est cependant rien arrivé.

8. J'aurais nécessairement à examiner ici comment il a pu se faire qu'une ouverture du ventricule droit, communiquant avec la cavité du péricarde, n'étant oblitérée par aucun caillot, ne pouvant se fermer à l'aide d'un anneau fibro-cartilagineux élastique, étant dépourvue de valvule, n'ait pas continuellement livré passage au sang pendant la vie. Cette question de mécanique animale, à laquelle on peut répondre d'une manière assez plausible, m'entraînerait beaucoup trop loin maintenant, si je voulais surtout m'étayer, et des recherches anatomiques faites dans ces derniers temps par Vaust et Gerdy sur la disposition des fibres charnues du cœur, et de l'opinion de tous les physiologistes modernes touchant le mécanisme d'ensemble qui constitue la systole et la diastole des ventricules seulement. J'aurai dans un autre travail l'occasion de revenir là-dessus.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS.

Empyèmes guéris par l'opération.

Nous avons récemment reproduit, d'après les journaux anglais, une observation d'empyème, dans laquelle le malade, à peu près désespéré, fut sauvé par l'opération. Nous trouvons dans deux feuilles médicales de départemens plusieurs exemples de semblables succès. Ce n'est pas pour constater seulement quelques réussites de plus après tant de tentatives malheureuses, que nous allons nous en occuper, mais pour fournir des matériaux à l'avenir, afin qu'on arrive plus tard, en examinant et en comparant toutes les circonstances, à découvrir enfin quelles sont les indications précises pour opérer, et dans quel cas on peut se promettre quelque succès de l'opération.

Empyème produit par la répercussion de la variole; opération; guérison (1).

Obs. I. — Pasquet Benjamin, menuisier, âgé de 25 ans, constitution grêle, tempérament lymphatique, entra le 1er janvier 1832 à l'hôpital général de Tours, avec une fièvre intense et un commencement d'éruption varioleuse. L'agitation fut telle qu'on ne put le retenir au lit; aussi l'éruption ne se fit qu'imparfaitement, et malgré tous les révulsifs, il y eut répercussion sur la poitrine.

A la fin de janvier, il offrait les symptômes suivans : respiration difficile, courte, fréquente; sentiment d'oppression et de pesanteur sur le diaphragme; suffocation au moindre mouvement; toux presque continue; impossibilité de se coucher sur le côté droit. Le côté gauche du thorax est sensiblement distendu; les espaces intercostaux sont bien plus étendus que dans l'état normal, et font saillie surtout à la partie inférieure et postérieure; le cœur, déjeté à droite, fait sentir ses pulsations à la partie inférieure de la poitrine de ce côté; enfin, quand le malade s'agite, la fluctuation et l'ondulation deviennent sensibles au toucher et même à l'ouïe, sans recourir aux procédés d'auscultation.

Le 1er février, on fit passer le malade dans les salles de chirurgie, où M. Herpin fit l'opération. La grande quantité de pus épanché avait tellement abaissé le diaphragme, que l'incision fut faite entre la dixième et la onzième côte, à un pouce de l'angle costal, endroit où la fluctuation était le plus sensible. On fit sur un pli de la peau une incision de deux pouces parallèle à la direction de l'espace intercostal. La plèvre étant mise à nu, on y fit, avec le bistouri, une ouverture de deux à trois lignes. Un pus liquide, inodore, rempli de flocons séreux, s'échappa du thorax d'abord avec force et par jets; quand on en eut retiré environ un litre, on pansa la plaie à plat avec une compresse fenêtrée et de la charpie par-dessus. (Pr. : deux consommés, et pour boisson ordinaire, l'eau de riz gommée et l'infusion de tilleul édulcorée.)

Durant plusieurs jours, tout l'appareil et le lit du malade furent imbibés de pus. La suppuration devint de plus en plus fétide, jusqu'à noircir la sonde d'argent introduite à chaque pansement dans le thorax. Les bords de la plaie sont tuméfiés et enflammés; le malade est souffrant et inquiet; la face devient pâle, défaite, grippée; les yeux enfoncés dans les orbites, la peau terreuse; découragement complet. Cet état se prolonge jusqu'au milieu du mois de mars. Alors on prescrivit : A l'intérieur, potion avec kina jaune en poudre et sulfate de soude, de chaque 2 gros, infusés dans quatre onces d'eau, à prendre deux fois par jour; à l'extérieur, injection dans la cavité pleurale avec la décoction de kina, à laquelle on ajoutait quelques gouttes de solution de chlorure de chaux.

Dès lors amélioration sensible; le pus devient blanc, épais, de bonne qualité. Après quelques jours, la suppuration étant presque nulle, on cessa les injections le 2 mai. Trois jours après, le malade ayant mangé un peu plus qu'à l'ordinaire, il éprouve des frissons et de la fièvre, des crampes dans les membres abdominaux, surtout du côté gauche; la face et les pieds sont œdématiés; l'oppression et la douleur de côté reviennent avec leur première intensité. Le lendemain matin, 6 mai, on évacua une grande quantité d'un pus rougeâtre et sanguinolent à l'aide de la sonde d'argent, qui se trouva de nouveau noircie. On reprend les injections de kina chloruré, pansement deux fois par jour, diète, consommés, infusion de tilleul et tisane pectorale édulcorée.

Amélioration nouvelle; le pus semble se concentrer à la partie inférieure de la cavité pleurale; la sonde laisse encore passer des grumeaux noirs et comme fibreux. Vers la fin de mai, l'évacuation devient presque nulle; pour que la sonde pénètre jusqu'au foyer purulent (4 à 5 pouces à la plaie externe), il faut vaincre une résistance qui paraît due aux adhérences des poumons avec la plèvre costale et diaphragmatique. Les poumons deviennent de plus en plus douloureux.

Le 30 mai, suppression des injections; on donne durant deux jours la potion de kina purgative; puis on applique un vésicatoire à la nuque, qu'on entretient quelques jours. A partir de cette époque, plus de fièvre, plus d'oppression; le malade prend de l'embonpoint; son teint s'éclaircit et se colore. Le

(1) Par M. Herpin, chirurgien en chef de l'hôpital général de Tours, etc. — *Précis de la constitution médicale du département d'Indre-et-Loire*, 3e trimestre 1832.

2 juillet suivant, il s'est présenté à la Société médicale de Tours. Le côté droit de la poitrine résonne bien ; le gauche rend aussi un son clair à sa partie supérieure ; mais inférieurement et aux environs du lieu où a été pratiquée l'opération, il rend un son mat. Il est à remarquer que ce malade n'a jamais expectoré de pus, quoiqu'il ait éprouvé et qu'il éprouve encore parfois de la toux et de la gêne dans la respiration.

Empyème survenu à la suite d'une rougeole répercutée; opération ; guérison.

Obs. II.—Il s'agit d'une enfant de 7 ans qui avait eu une éruption de rougeole négligée quelques jours après son apparition ; puis un rhume considérable, et à la suite un empyème faisant saillie près de l'angle inférieur de l'omoplate gauche. M. Herpin l'ouvrit avec la potasse ; et traita ensuite le foyer avec des injections d'eau d'orge miellée ; la suppuration continua un mois et demi. Enfin l'ouverture se ferma ; bientôt après, malaise, oppression et suffocation, il fallut rouvrir la plaie qui suppura encore plusieurs semaines. Les parens, inquiets pour leur fille, avouèrent au chirurgien qu'ils avaient eu anciennement la syphilis.

M. Herpin prescrivit la préparation suivante : sirop de salsepareille et eau distillée, de chaque, six onces, avec addition de huit grains de deuto-chlorure de mercure dissous dans suffisante quantité d'alcool ; à prendre une cuillerée matin et soir dans un verre de lait. Au bout de quelque temps la suppuration diminua ; la plaie fut cicatrisée, et l'enfant guérie. Toutefois le côté malade du thorax n'a pas pris le même accroissement que l'autre, et cette jeune personne, aujourd'hui (1832) âgée de 23 ans, a la taille un peu déformée, quoique jouissant d'une bonne santé.

Voilà deux cas d'empyèmes déterminés par des causes analogues, la répercussion d'un exanthème, traitées toutes deux par une ouverture qui permettait à l'air d'entrer largement dans la poitrine et toutes deux guéris ; la ressemblance s'arrête là. Il ne paraît pas que l'enfant ait éprouvé des symptômes aussi menaçans que le jeune homme ; toutefois elle a éprouvé une récidive et n'a guéri qu'à la faveur d'un traitement spécial. Nous regrettons de trouver dans cette observation moins de détails qu'on pourrait en désirer, et que M. Herpin n'y ait pas joint ses commentaires. Il se contente de dire qu'il a adopté d'autant plus volontiers les mercuriaux qu'il les a toujours considérés comme très-efficaces pour détruire les mauvais effets du virus morbilleux.

Il donne enfin une troisième observation plus courte encore, dans laquelle l'empyème provenait d'une cause toute locale.

Empyème par suite de plusieurs fluxions de poitrine; opération ; guérison.

Obs. III. — Un soldat de 26 ans, affectée, à la suite de diverses fluxions de poitrine, d'un empyème qui faisait saillie au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate droite, entra le 27 mars 1827 à l'hôpital de Tours ; le 23 avril on l'ouvrit ; il en sortit un pus ichoreux qui devint ensuite tellement fétide que la plupart des malades sortaient de la salle quand on le pansait. La fièvre de résorption survint et mit le malade à l'agonie durant plusieurs jours ; on administra à l'intérieur la décoction de quina ; on injecta le foyer avec la même décoction aiguisée par quelques cuillerées de solution de chlorure de soude ; il survint sur toute la peau une éruption miliaire ; la suppuration diminua et perdit de sa fétidité ; puis l'éruption s'éteignit, la fièvre céda, la convalescence s'établit, et le malade sortit le 22 mai suivant parfaitement guéri.

A ces trois faits qui appartiennent à M. Herpin, nous en ajouterons un autre, puisé dans la Gazette scientifique de Seine-et-Oise, et plus remarquable encore à raison des complications de toute sorte et de la durée de l'écoulement.

Symptômes vénériens constitutionnels. — Carie costale. — Pleuro-pneumonie aiguë. — Empyème. — Opération. — Écoulement durant près de deux ans. — Guérison (I).

(Hospice de Versailles ; service de M. Noble.)

Obs. IV. — M. R...., lieutenant de cavalerie, âgé de 28 ans, constitution lymphatique, ayant éprouvé plusieurs affections syphilitiques, entra à l'hospice de Versailles le 19 août 1829. On l'y traita successivement pour un engorgement du cou terminé par suppuration, un abcès vers l'articulation sterno-claviculaire, une tumeur indolente vers le cartilage de la troisième côte, qui céda à l'application de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et une névralgie sous-orbito-temporale intermittente ; il sortit convalescent le 6 novembre.

Le 22, il rentra à l'hôpital pour une tumeur située au côté gauche de la poitrine, au-dessus de la sixième côte, survenue sans cause appréciable, rouge, tendue, douloureuse. 40 sangsues appliquées en deux jours ne calmèrent point les douleurs ; le troisième jour une incision fut jugée nécessaire, et la sonde introduite fit reconnaître une carie de la côte.

La douleur avait cédé pour un moment ; elle reparut le lendemain ; il s'y joignit de la dyspnée, une toux sèche et fréquente, des points pleurétiques en divers endroits, des crachats striés, en un mot tout l'appareil d'une pleuro-pneumonie intense. On fit des saignées ce jour-là ; le lendemain le malade était abattu et sans connaissance ; on eut recours aux révulsifs. Il survint un érysipèle sur le côté gauche de la poitrine, qui s'étendait jusqu'au cou ; du délire, et un accroissement de la dyspnée. Malgré cette complication des symptômes graves, bientôt l'engouement pulmonaire diminua, l'expectoration devint plus facile ; le bruit respiratoire se fit entendre dans le poumon droit ; le poumon gauche seul laissait craindre un engouement ou un épanchement pleurétique ; la dilatation de ce côté du thorax ne laissa bientôt plus de doute.

On attendit la chute des accidens inflammatoires et l'on appliqua ensuite la pierre à cautère. Mais l'escarre n'étant point encore tombée après vingt jours, on employa le bistouri, et l'on donna ainsi issue à deux litres environ de sérosité jaunâtre, dans laquelle flottait de l'albumine concrétée qui, se présentant à l'ouverture, interceptait par moment l'issue du liquide ; après quoi on mit une bandelette dans la plaie, et on pansa avec un linge fenêtré recouvert de charpie.

(1) *Gazette scientifique et spécialement médicale du département de Seine-et-Oise*, n° 2 ; avril 1833.

Le soir, 9 à 10 onces de liquide avait été évacuées; mais quoique l'opération, supportée avec courage, eût amélioré sensiblement la position du malade, cependant la suppuration ne tarissait pas; elle était toujours fétide et abondante; l'expectoration même était purulente. On fit des injections chlorurées dans la cavité pleurale; immédiatement après, le malade accusait dans la gorge et dans la bouche l'odeur du chlore dont on chargeait l'injection.

Déjà réduit à un état d'émaciation, le malade fut encore pris d'un rhumatisme articulaire aigu qui nécessita plusieurs évacuations sanguines; les douleurs se dissipèrent, mais il resta deux périostoses, l'une sur le péroné, qui se termina par résolution, l'autre sur le tibia, qui s'abcéda et laissa l'os à nu dans une étendue de 4 à 5 pouces; mais cette plaie marcha promptement; six semaines suffirent à sa cicatrisation.

Les deux abcès du thorax, savoir, celui de la carie et celui de l'empyème durèrent plus long-temps. L'année 1830 s'était écoulée sans interrompre la suppuration; l'été de 1831 arriva et rendit quelques forces au malade; alors la suppuration devint plus rare, et ne laissa plus suinter qu'une sérosité grisâtre.

Le 4 juillet 1831, la toux avait cessé; les injections ne pénétraient plus; le côté gauche de la poitrine s'était affaissé d'une manière sensible; la respiration se faisant parfaitement dans le poumon droit suppléait à l'absence de l'autre poumon; à peine quelques gouttes de pus s'échappaient de la plaie. La cicatrice ne tarda pas à s'achever, et au mois d'octobre suivant M. R.... sortit de l'hôpital complétement guéri.

Il ne paraît pas que chez ce sujet la constitution vénérienne, bien mieux démontrée que chez l'enfant de la seconde observation, ait nécessité des mercuriaux. Il a guéri d'ailleurs, quoique tout chez lui, tempérament, maladies antérieures, complications, fût défavorable, jusqu'à l'aspect du liquide; car on a remarqué qu'il y a plus de chances de guérison pour l'empyème purulent que pour les collections de sérosité. Qu'avait-il donc pour résister? Nous ne voyons quant à présent que sa jeunesse; mais combien d'individus plus jeunes ont succombé à l'opération! Il y a une condition capitale qui a jusqu'à présent échappé aux observateurs et qui réclame toute leur attention.

Les deux habiles chirurgiens qui ont publié ces observations ont employé l'un et l'autre la potasse pour donner une issue au pus. Le temps n'est pas encore bien loin que l'abcès pleural était considéré tout-à-fait à part des abcès ordinaires; ce dont on s'occupait le plus était de fermer l'entrée à l'air; et quoique les idées anciennes aient été beaucoup modifiées; l'emploi de la potasse dans ces cas n'est encore nulle part indiqué; on voit qu'il n'offre pas plus de danger que le bistouri. Dans tous les cas, la suppuration finit par prendre une odeur fétide qu'on est obligé de corriger par des injections. Ne parviendrait-on pas à prévenir cette fâcheuse circonstance et peut-être à diminuer la quantité de la suppuration, en remplaçant dès les premiers jours, par des injections émollientes, une partie du liquide qu'on aurait extrait? M. Récamier s'est bien trouvé de ce moyen après l'ouverture des kystes hydatiques ou de certains abcès de l'abdomen.

—

Tumeur enkystée de l'abdomen chez un fœtus à terme; retard de l'accouchement.

Obs. — Madame M..., âgée d'environ 30 ans, déjà mère de plusieurs enfans, était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement, lorsque son accoucheur fut appelé, le 9 mai 1832. Il trouva les choses dans l'état suivant.

La poche des eaux s'était percée la veille à 6 heures du matin. Le travail n'avait commencé qu'à une heure après minuit. Les douleurs avaient été rares et de peu de durée. La tête et le tronc de l'enfant, jusqu'au sacrum, avaient traversé le col de la matrice; l'enfant était évidemment mort; l'utérus, depuis plusieurs heures, demeurait dans l'inertie, et malgré la sortie de presque tout le tronc du fœtus, le ventre de la mère n'était point affaissé, et l'on voyait à l'épigastre une tumeur arrondie qu'on ne pouvait palper que bien légèrement, eu égard aux douleurs qu'en éprouvait la malade. L'accoucheur procéda au toucher; du côté droit du bassin, l'introduction de la main était absolument impossible; du côté gauche, elle pénétrait assez facilement. L'index étant donc glissé dans l'utérus, on reconnut que le bassin du fœtus n'en était point encore sorti, et qu'il existait une masse unie à l'enfant qui paraissait être l'obstacle qui empêchait sa sortie. Après quelques tractions inutiles, on fit appeler plusieurs médecins des environs qui décidèrent qu'il fallait faire la ponction de la tumeur. Mais cette ponction fut reconnue impraticable; on recourut donc à de nouvelles tractions, qui amenèrent le tronc de l'enfant; on tira ensuite sur les deux jambes, dont une était sortie depuis long-temps. On sentit une résistance vaincue, et des flots d'un liquide jaune et limpide se répandirent dans l'appartement. On vit alors que la difficulté était venue d'une hydropisie enkystée du fœtus. La tumeur, du volume de la tête d'un adulte, s'étendait en haut à un pouce et demi au-dessus du nombril; en bas, au pubis, et latéralement aux hypocondres. Elle était située entre les tégumens et les muscles abdominaux, et formée d'un tissu cellulaire condensé et parsemé d'appendices d'apparence adipeuse.

La mère, malgré la longueur et les obstacles de l'accouchement, n'en a éprouvé aucune suite fâcheuse.

Cet accident est très-rare, et noté comme tel par tous les accoucheurs. Aussi nous ne laisserons pas échapper l'occasion de rapprocher de ce fait une autre observation à peu près du même genre et qui nous est transmise par M. Petit-Mengin, docteur à Remiremont, l'un des correspondans de la Gazette médicale.

Hydropisie abdominale du fœtus faisant obstacle à l'accouchement. — Mort du fœtus. — Ponction à travers le diaphragme.

Obs. — Je fus appelé au milieu de la nuit près d'une femme qui était en travail depuis plus de 12 heures. A mon arrivée, je reconnus que la tête de l'enfant était déjà au détroit inférieur, et la sage-femme me dit que depuis long-temps elle n'avait pas avancé. A l'aide du forceps, je l'amenai hors de la vulve; mais ensuite toutes les tractions que je pus

faire pour amener le reste du corps furent inutiles, bien que j'eusse dégagé les épaules et que les deux bras et la tête m'offrissent une prise suffisante. Je renouvelai mes tentatives à plusieurs reprises, sans pouvoir deviner ce qui faisait obstacle à la sortie de l'enfant, l'introduction de la main étant dès lors impossible.

L'enfant était mort depuis long-temps; j'étais à deux lieues d'un autre confrère; la mère se désespérait et perdait ses forces; je n'hésitai plus à couper la tête pour faciliter l'introduction de la main; mais ensuite il me fut impossible de trouver les pieds; je ne sentais partout qu'une boule énorme remplissant la matrice. Je ne vis d'autre ressource que la ponction; et manquant de trocart, et trop éloigné de chez moi pour en envoyer chercher un; d'autre part tremblant de porter un bistouri à une pareille hauteur dans la matrice, je me décidai, vu l'urgence, à vider la poitrine; et à faire à travers le diaphragme, à l'aide de ciseaux, une ouverture suffisante. Il s'écoula bien douze à quinze litres de liquide; l'accouchement fut promptement terminé; quinze jours après la femme était parfaitement rétablie.

J'examinai à la hâte le corps du fœtus, sur lequel je reconnus une dégénérescence de la rate, cet organe remplissait tout l'hypochondre gauche et pesait près d'une livre et demie; il était très-adhérent aux parois abdominales. J'aurais désiré examiner plus attentivement toutes choses; mais la nuit, la fatigue, et aussi les préjugés des campagnards chez qui je me trouvais furent autant d'obstacles à mes désirs.

Il ne faut pas perdre de vue en lisant cette observation que l'enfant paraissait mort depuis long-temps; et cependant, à le supposer vivant, quelles ressources restaient à l'accoucheur? La symphyséotomie s'offre en première ligne; mais avec un amas de sérosité de douze à quinze litres de liquide, il n'est pas probable que le passage eût été assez grand; et est-il bien sûr qu'on aurait pu faire la ponction à l'abdomen, sans être obligé de traverser la poitrine? D'ailleurs la symphyséotomie n'est pas une opération toujours heureuse pour la mère; et il y a risque de la tuer en voulant conserver un enfant dont la viabilité est au moins fort douteuse. Dans une occasion solennelle, Napoléon consulté par un accoucheur célèbre, repondait: « sauvez avant tout la mère. » Il est telle de ces circonstances, où l'art n'a plus de règles, où l'on n'a toutefois qu'un moment pour agir; quel praticien oserait prendre sur lui la responsabilité qu'on voudrait faire peser sur son ministère? Je me trompe, il y aurait un moyen très-simple de se tirer d'affaire, ce serait de temporiser prudemment jusqu'à ce que l'enfant eût péri au passage; on agirait alors sans crainte de blâme. Nous renvoyons ces réflexions au tribunal de Domfront.

Névralgie guérie par l'hydro-ferro-cyanate de quinine (1).

Nous avons publié plusieurs articles sur l'emploi de l'hydro-ferro-cyanate de quinine dans le traitement des fièvres périodiques. Voici un exemple de guérison d'une névralgie sciatique qui engagera les praticiens à recourir à un médicament qui paraît jouir, dans un ordre de maladies analogues, des mêmes propriétés que le sulfate de quinine.

(1) Gazette scientifique de Seine-et-Oise, n° 2.

Obs. — Madame L..., âgée de 50 ans anviron, d'un tempérament nerveux très-irritable, éprouva, dans le courant de septembre 1832, sans cause appréciable, à la partie postérieure de la cuisse et de la jambe droite, dans la direction du nerf sciatique, une douleur d'abord légère, qui ne tarda pas à acquérir de l'intensité et à forcer la malade à garder le lit. Des sangsues, des bains, des cataplasmes émolliens et aromatiques furent sans effet; l'acétate de morphine, appliqué par la méthode endermique, produisit un peu de calme; enfin, sous l'influence des frictions, faites avec un mélange d'alcool composé de laudanum et d'extrait de belladone, cette douleur diminua assez pour permettre à la malade de se lever et de marcher un peu, mais non sans peine. Mais vers la fin de décembre elle reprit avec une intensité telle qu'elle arrachait des plaintes continuelles; la nuit surtout cette douleur devenait intolérable. Pas plus que la première fois, les sangsues en grand nombre, les émolliens n'eurent d'efficacité; les frictions et les potions narcotiques ne déterminèrent qu'un soulagement momentané. L'acétate de morphine par la méthode endermique produisit un soulagement assez marqué; mais le soir les douleurs reprenaient toujours avec énergie. On administra six grains d'hydro-ferro-cyanate de quinine en six doses données d'heure en heure; la dernière le fut trois heures avant le redoublement du soir. Cette fois il fut moins fort; et même la douleur continue diminua sensiblement. Le lendemain une nouvelle dose fut administrée; il n'y eut plus de redoublement; il ne resta que de l'engourdissement dans les membres. La malade ne tarda pas à se lever et à marcher sans éprouver de gêne, ce qui ne lui était pas arrivé depuis long-temps.

Nous venons de voir, dans cette névralgie continue avec des redoublemens nocturnes, les antiphlogistiques, qui avaient, dans des cas semblables, assez bien réussi, échouer complètement; les narcotiques en linimens et en potions n'ont eu qu'un faible résultat; cependant l'opium à l'intérieur calmait un peu, mais les douleurs renaissaient avec une nouvelle force lorsque son action était épuisée; l'acétate de morphine, si vanté en pareil cas, n'a eu ici qu'un effet incomplet, bien qu'on ait apporté tous les soins dans son application; c'est donc à l'hydro-ferro-cyanate de quinine, appliqué, non pas concurremment avec les autres moyens, mais après que tous ceux-ci avaient échoué, qu'est dû tout l'honneur de la guérison.

L'auteur de cette observation se demande si le sulfate de quinine eût obtenu le même succès? La chose est probable; mais il n'en est pas moins important d'avoir une nouvelle préparation qui puisse être employée comme succédanée de l'anti-périodique par excellence.

Névralgie lombaire très-opiniâtre guérie par des lavemens de cyanure de potassium.

Nous avons déjà publié un grand nombre d'observations sur l'emploi du cyanure de potassium à l'extérieur contre les névralgies. L'injection de cette substance dans le rectum offre beaucoup d'analogie avec son application immédiate sur le siége des douleurs, quand ces douleurs se font sentir dans un point voisin de cet organe. Voici une observation des plus curieuses, qui légitime complètement cette induction: elle servira à étendre les

applications du cyanure de potassium contre les affections névralgiques. Il est seulement à regretter que l'on n'ait pas essayé d'abord des fomentations sur le siége même du mal avec une solution concentrée du médicament.

Voici du reste cette observation curieuse que nous empruntons au Journal de la société de médecine de Tours.

Obs. — Le nommé Plouquain, jardinier, demeurant à Baumont, était atteint depuis trente-cinq jours d'une névralgie lombaire des plus graves et des plus douloureuses qu'il soit possible de voir. On avait vainement essayé les applications de sangsues, les vésicatoires volans, le baume opodeldoch, les linimens volatils, l'acétate de morphine à la dose de plusieurs grains, rien n'avait pu calmer les douleurs atroces dont ce malheureux était tourmenté : immobile dans son lit, jetant des cris perçans lorsqu'on remuait quelque chose dans sa chambre, ne pouvant ni voir la lumière ni entendre parler, il y avait quatre jours qu'il était dans cet état de souffrances inexprimables, lorsque le collègue à qui nous devons cette observation fut appelé pour lui donner des soins. Eclairé par l'insuffisance des médicamens prescrits, et jugeant d'après l'intensité des douleurs qu'il fallait pour en triompher leur opposer un moyen énergique en rapport avec leur gravité, il se décida pour le cyanure de potassium, dont plusieurs fois déjà il avait remarqué les bons effets en pareilles circonstances ; il l'administra en lavemens, à la dose de 6 grains ; l'effet d'abord fut peu sensible : six heures après, un second lavement fut donné, où il entrait 10 grains de cyanure; les douleurs se modérèrent à l'instant, et le malade eut une heure de sommeil, mais elles reparurent non moins vives au réveil de Plouquain. Troisième lavement avec 15 grains de cyanure ; nouvelle rémission, démangeaisons très-vives à la peau, sueurs copieuses, puis sommeil de trois heures; on peut remuer le malade dans son lit et le changer de situation. Quatrième lavement avec 20 grains ; démangeaisons plus vives encore, sueurs abondantes, sommeil de cinq heures. Le malade commence à avoir un peu d'appétit. Le cinquième jour de ce traitement il se trouve beaucoup mieux, peut se remuer dans son lit, chose qu'il n'avait pas faite depuis un mois. Comptant sur ses forces, Plouquain demande à se lever; mais à peine sorti de son lit et appuyé sur ses jambes, il jette des cris affreux, dit avoir les reins cassés et tombe sans connaissance. La nuit fut des plus orageuses; le cyanure de potassium manquant, on ne donne point de lavement; retour des douleurs avec plus d'intensité que jamais. A sa visite du matin, notre collègue, effrayé des nouveaux accidens qui s'étaient developpés, ordonne 24 grains du remède, qui jusqu'alors avait aussi bien rempli son attente; l'effet en fut pour ainsi dire instantané : en quelques minutes, les douleurs se calmèrent, l'irritation à la peau se développa et une sueur très-abondante ne tarda pas à se montrer; le malade eut six heures d'un bon sommeil. Le soir on répéta la dose du cyanure ; la nuit fut calme. Le lendemain matin, le malade peut se tenir quelques minutes sur son séant et se remuer facilement dans son lit, l'appétit est bon, et Plouquain peut prendre quelques alimens solides qui sont facilement digérés. A compter de ce moment, on ne donne plus qu'un lavement par 24 heures, sans que la dose de cyanure ait besoin d'être augmentée.

Pendant douze jours le remède est donné régulièrement le soir, deux heures après le repas; les douleurs, à cette époque, sont totalement calmées et la guérison complète.

Aucun médicament autre que le cyanure de potassium n'a été prescrit pendant le traitement, qui a duré dix-huit jours; les voies digestives étant en bon état, on s'est contenté d'agir sur l'intestin, et, chose remarquable, après l'ingestion d'un remède aussi énergique et surtout à des doses aussi élevées le malade éprouvait une sorte de bien-être inexprimable ; la digestion de son souper se faisait très-rapidement; les gardes-robes, toujours régulières et naturelles, n'en éprouvaient aucun trouble, la peau seule paraissait impressionnée au moment de sa plus vive action.

Avant d'essayer le cyanure de potassium, Blouquain était réduit à un état de maigreur (surtout des extrémités inférieures) qui donnait les plus vives inquiétudes. Vingt jours après l'emploi de ce moyen précieux, il était, au contraire, dans un état d'embonpoint qui pouvait faire naître des doutes sur la gravité du mal dont on venait de triompher avec tant de bonheur.

Aucune rechute n'étant survenue depuis deux mois, et Plouquain se livrant depuis quinze jours aux travaux pénibles de sa profession, on doit le regarder comme complètement guéri d'une maladie, sinon très-grave, du moins excessivement douloureuse.

Quoique le malade dont il s'agit dans l'observation qui précède n'ait éprouvé aucun accident des doses considérables de cyanure injectées dans le rectum, il ne serait pas prudent de les répéter sans essais lentement gradués chez beaucoup de malades : car le cyanure de potassium à certaines doses est un des poisons les plus énergiques, et l'on sait que la puissance d'absorption du rectum est très-développée.

Note sur la digitaline pure et sur les effets thérapeutiques de cette substance, par MM. Lancelot et David, d'Écueillé.

Quelques malades ne peuvent supporter 2 grains de poudre de digitale continués quelques semaines. D'autres, dans les mêmes circonstances, en supportent 40 grains et plus. Il fallait d'abord voir si la digitaline se montrait inconstante, et si son activité était en raison de sa faible proportion avec le poids de la poudre (2 gros par livre). Son action fut constante, mais d'une faiblesse remarquable. En voici la preuve.

Obs. I. — Une femme de 35 ans, bien menstruée, d'une santé languissante, d'un tempérament lymphatique, était soumise depuis quelques mois à la poudre de digitale, pour une affection du cœur bien caractérisée. Son père, un frère et une sœur sont morts phthisiques, avec hypertrophie du cœur. Elle-même porte tous les signes d'une phthisie pulmonaire avancée, coïncidant avec l'hypertrophie du cœur. Ainsi, les battemens du cœur perçus dans toute la poitrine, l'impulsion dans la région précordiale, la matité étendue au-delà des limites ordinaires de cette région, un pouls vibrant, l'essoufflement au moindre mouvement, laissent d'autant moins de doute sur l'espèce d'affection, que tous les symptômes ne varient que du plus au moins et sont constans le jour et la nuit. Six grains de digitale pris chaque jour affaiblissaient sensiblement les

contractions du cœur. Le pouls, qui battait de 70 à 74 fois par minute, s'est toujours maintenu dans le même état. Après quelques jours de repos, la digitaline fut portée successivement depuis 1/8 de grain jusqu'à 4 et 5 grains par 24 heures ; les pulsations artérielles ne descendirent jamais au-dessous de 65. Il est donc évident que la digitaline est soumise aux mêmes lois que le principe actif de l'opium. La morphine en effet est, pour ainsi dire, inerte comparativement à l'extrait d'opium. Son effrayante énergie d'action se développe à l'état de sel. La solubilité de la combinaison rend raison, jusqu'à un certain point, de sa grande activité. En un instant, par l'absorption, elle agit sur tout le système nerveux, tandis que restant insoluble, elle n'agit que sur un point très-limité du canal digestif.

Sous l'influence de cette médication, l'impulsion du cœur diminua, le pouls devint mou, la malade éprouva un soulagement momentané. L'état avancé de sa maladie ne permet pas d'espérer davantage. Le cerveau et ses enveloppes, les organes digestifs, les divers sens n'ont point été altérés pendant l'usage de ce médicament.

Obs. II. — Chez un homme de 50 ans vigoureusement constitué, d'une taille élevée et affecté d'une hypertrophie du ventricule gauche, qui l'oblige au repos depuis quatre ans, la digitaline s'est montrée plus active. Aux signes de la maladie s'ajoutent la bouffissure de la face, du dos des mains, des membres inférieurs, et quelquefois du scrotum. Deux grains de poudre de digitale et de scille ont toujours suffi pour faire disparaître cet état fâcheux au bout d'un mois, six semaines. La dernière fois que cet œdème reparut, ses jambes étaient tellement engorgées, que désespérant de l'effet de la digitale qu'il prenait depuis plusieurs semaines sans amélioration, je proposai des scarifications; elles furent rejetées comme trop douloureuses. Ne pouvant vaincre l'obstination du malade, je changeai de moyen thérapeutique, et substituai la digitaline pure, en potion simple, à la poudre. Le malade débuta par un grain; la dose, plusieurs jours après, fut portée à deux pendant 15 jours. Au bout de ce temps, l'œdème avait disparu. Jamais, chez cet homme, la poudre de digitale n'a pu être donnée à plus haute dose, sans produire des vertiges, des coliques et de la diarrhée. La digitaline n'a produit ni vertiges, ni coliques. Les battemens du cœur furent aussi nombreux, mais diminuèrent d'intensité; l'impulsion devint à peine sensible pendant l'usage de cette substance. Cet homme ne se soumet à un traitement que quand l'engorgement des jambes est devenu tel, qu'il est forcé de garder la chambre.

Ces observations suffisent pour prouver que la digitaline est bien un principe actif de la digitale, que son action est faible comparativement aux doses de la poudre. M. Lancelot pense que l'état acide ou alcalin du suc gastrique, et la chaleur de l'estomac, peuvent modifier l'action de la digitaline. En continuant leurs recherches sur l'action de ce médicament, MM. Lancelot et David promettent de tenir compte de cette idée.

CHIRURGIE PRATIQUE.

Mémoire sur l'époque précise où une amputation doit être pratiquée, à la suite des fractures compliquées de plaies et autres accidens graves; par M. Villette, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Compiègne.

Quand les os sont broyés, les chairs dilacérées et remplies d'esquilles, les gros vaisseaux artériels et veineux rompus, les nerfs mâchés, la peau largement décollée, les ligamens et capsules articulaires déchirés, la science ne permet aucune incertitude sur le parti à prendre : ses arrêts sont positifs; elle veut l'amputation, si l'accident qui a produit de pareils désordres a laissé quelques parties intactes où le fer puisse être porté. Le chirurgien qui alors méconnaît les accidens du lendemain est coupable d'une mort dont il eût pu encore se défendre par une amputation immédiate. Plus près elle est faite de l'événement, et plus les chances de succès sont grandes. C'est une douleur qui se confond dans la commotion d'une chute ou d'un coup et se perd avec elle.

Tous les cas chirurgicaux sont loin d'être aussi graves ; c'est une articulation seule qui est intéressée ; c'est une simple piqûre d'artère, etc., et plusieurs n'en réclament pas moins l'amputation. Ici commence l'indécision, et les chirurgiens les plus renommés hésitent. Telle fracture avec plaie énorme, appelant l'amputation, guérit sans amputation, uniquement parce que le malade s'y est refusé; telle autre, bénigne en apparence, contre toute prévision est suivie des accidens les plus formidables. On perd quelquefois un malade pour avoir voulu lui conserver un membre; on le perd d'autres fois pour lui avoir demandé trop tôt un sacrifice qu'il n'est que trop disposé à vous refuser. Point de règles fixes; il appartient à la sagacité seule du chirurgien de juger, de prendre inspiration des faits et de chercher à pénétrer l'avenir. Sa décision est sa loi; les maîtres manquent. Combien de fois n'avons-nous pas vu M. Dupuytren reculer devant des opérations, essuyer des revers inattendus, et obtenir parfois des guérisons qu'il n'espérait pas. Dans l'impossibilité de poser des principes absolus sur l'opportunité des amputations, nous l'avons vu remettre au hasard seul le soin de résoudre par les nombres cette question souvent si difficile : Faut-il amputer ? peut-on s'en abstenir? Nous l'avons vu pendant le cours d'une année amputant alternativement et n'amputant pas tous les malades qui arrivaient à l'Hôtel-Dieu, et dont les blessures demandaient également l'amputation. Eh bien ! le chiffre n'a rien décidé. Chaque catégorie a compté à peu près un pareil nombre de succès, et la différence légère qui existe d'un côté fut plutôt contre la science et ses raisonnemens.

S'il est des opérations qui veulent être faites sur-le-champ, il en est un plus grand nombre qu'il ne faut pas se hâter de pratiquer, et que l'on peut souvent éviter; non qu'il faille entièrement se démettre de ses lumières, fermer les yeux et attendre indéfiniment tout de la nature. Un chirurgien éclairé, dans les cas douteux et chanceux, marche au jour le jour, l'œil fixé sur les accidens, et prévient, par une prompte et énergique détermination, un événement plus fâcheux, qui le lendemain ne serait plus dans ses mains, et dont il ne pourrait plus arrêter

les progrès. Par une prudente lenteur, il n'a rien compromis; par une décision prise à temps, il a tout sauvé.

C'est ce moment opportun qu'il faut bien saisir, et ne pas laisser échapper. Plus tôt, vous mutilez des gens qui auraient pu conserver leurs membres; plus tard, les grandes suppurations les ont ruinés, les dévoiemens colliquatifs les ont épuisés, la fièvre de résorption arrive, et ils meurent. D'autres fois, c'est la gangrène qui survient par diverses causes : nouvelle hésitation de la part des chirurgiens.

Avant de faire l'amputation, les uns veulent que la gangrène soit limitée, que le cercle inflammatoire soit bien développé. D'autres croient qu'il est des circonstances où la gangrène, une fois déclarée, ne s'arrête qu'à la mort du blessé. Persuadés qu'on attend en vain un travail de réaction complet, ils veulent l'amputation de suite, sitôt que la gangrène apparaît, sans s'occuper si elle est bornée ou non, leur conviction est profonde, et ils ne craignent point de voir la gangrène se reproduire au moignon.

Cherchons aujourd'hui à éclaircir ce dernier point de doctrine controversé, en citant des faits qui nous soient propres. Plus tard nous reviendrons sur les plaies des articulations, etc, et successivement sur les divers accidens qui obligent à l'amputation.

Obs. I. — Dans les premiers jours de 1832, un enfant du nom d'Hippolyte Hénick, de quatre ans et demi, laissé seul devant le feu, pendant que sa mère était allée à la forêt faire du bois, tombe dans le brasier, et y reste assez long-temps pour que la totalité des chairs de l'avant-bras soit brûlée jusqu'aux os : la main et le bras furent préservés. Le 13 janvier au soir, cet enfant fut apporté à notre Hôtel-Dieu : la main était entièrement sphacélée, et on le conçoit; les deux os de l'avant-bras étaient à nu. La gangrène s'étendait d'une manière inégale sur le bras, en se prolongeant jusque sur l'attache inférieure du deltoïde et au-delà; elle était en marche manifeste, et n'annonçait nullement devoir s'arrêter. Le 14 au matin, je pris l'avis de mon confrère M. Devivier : il crut que je ne pourrais me dispenser d'amputer dans l'article; je me décidai néanmoins à couper bien haut, il est vrai, au col chirurgical de l'humérus, j'y réussis. Une seule ligature fut faite, celle de l'artère brachiale; elle était tombée avant la fin du mois, quelques jours plus tard, la cicatrice de la plaie était achevée. Nous gardâmes cet enfant jusqu'au 15 février, à raison du froid excessif de la saison; à cette époque, il fut rendu à sa famille, et sa guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour. Pendant tout le cours de l'année, qui vient de s'écouler, il a joui d'une santé on peut dire florissante. Tout récemment ses genoux viennent d'être pris par des rhumatismes nerveux très-douloureux; qui l'ont ramené à notre hôpital, où chacun peut aller le voir.

S'il y eut division entre mon confrère et moi sur le lieu d'amputation, nous fûmes d'accord sur la nécessité d'une opération instantanée. Si M. Devivier voulait la désarticulation scapulo-humérale, certes à ses yeux nous courions bien du danger, la gangrène nous laissait bien peu d'espace : elle nous pressait; chacun peut deviner ce qu'il fût advenu, si nous eussions attendu qu'il se formât un cercle inflammatoire.

Nous allons rapporter en regard un autre cas bien autrement affligeant avec tous ses détails et ses malheurs : il y a des leçons à recevoir des revers.

Obs. II — Le 25 février dernier au matin, Mlle B*** fait une chute de la hauteur d'un premier étage; en tombant, le pied s'échappe en dehors et se renverse sur la malléole externe, déchire la peau en dedans, ouvre l'articulation, et, selon la position et l'étendue de la plaie, il est permis de penser que l'artère tibiale postérieure a été rompue. Une hémorragie pas trop abondante a eu lieu, le sang s'est promptement arrêté et seul.

Lorsque le médecin ordinaire de la maison arriva la luxation était réduite et la plaie ne donnait pas une seule gouttelette de sang; il en rapproche les bords avec des emplâtres agglutinatifs, et achève convenablement le pansement.

Le 26, au soir, je vois la malade; la plaie est belle; aucun gonflement autour de l'articulation, du moins fort peu; point de sensibilité exagérée; à peine se plaint-on. Un caillot de sang, demeuré entre les deux lèvres de la plaie, donnait une mauvaise odeur, qui n'était point celle de la gangrène. J'engageai le médecin à faire des lotions chlorurées, et même à laisser sur la plaie un gâteau de charpie trempé dans cette liqueur.

Le 27, au matin, même état : encore un peu de sang caillé et altéré. (Même pansement; calmant le soir)

Le 28, au matin, changement total : la nuit a été fort agitée; la plaie s'est boursouflée, surtout la lèvre supérieure qui reste vive, animée; la lèvre inférieure, seule plus flasque, est frappée de gangrène et en exhale l'odeur. A partir de la malléole interne jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du genou existe une traînée jaune nullement sensible. Le pied est à peine gonflé, il conserve toute sa chaleur; la jambe est sèche et pas encore abreuvée de liquides. Aucune douleur dans l'intérieur de l'articulation; le moral est agité; le pouls est vif, il bat 100 à 110.

Le médecin ordinaire pense que la gangrène aura peu de suite, qu'elle est superficielle; que ce faible lambeau frappé disparaîtra sitôt que la suppuration arrivera; qu'il faut espérer de la jeunesse de la malade (34 ans); que la nature révèle souvent bien des ressources inconnues, et qu'on peut encore s'en reposer sur ses efforts.

Je fais observer que la rupture de l'artère tibiale est positive, que cette gangrène ne peut que faire des progrès, qu'il y a urgence d'amputer, qu'il n'y a pas d'autre moyen à tenter pour sauver la vie, qu'il faut proposer l'amputation, quelle que soit d'ailleurs la répugnance à l'accepter.

Un dissentiment aussi marqué fit immédiatement recourir la famille à des avis plus nombreux; trois autres chirurgiens furent appelés.

Je réitérai ma demande : tous mes confrères, sans exception, me refusèrent l'amputation, dirent qu'il était trop tôt de la faire, en se retranchant tous dans ce principe ancien, qu'il fallait que la gangrène fût bornée; qu'il était loisible encore d'attendre une guérison éclatante, dont la nature devait faire tous les frais; qu'au dernier siége d'Anvers, on avait vu guérir sans amputation des cas plus fâcheux; des membres abîmés par des éclats d'obus, entachés de gangrène, et d'une gangrène bien autrement étendue.

J'annonçais le sphacèle inévitable du pied d'abord; puis les progrès ultérieurs de la gangrène, tracés d'avance sur la jambe par la ligne jaune dont il a été parlé; je déclarai que les gangrènes pareilles par accident ne se limitaient jamais ou presque

jamais; que le lendemain, au lieu de couper la jambe, il faudrait emporter la cuisse; que plus tard il faudrait se résigner à mourir. Il fut dit que la gangrène, dans l'espèce, n'était pas plus due à un excès d'inflammation qu'à une cause interne. L'aspect de la plaie et la santé générale de la malade eussent déposé contre cette opinion, si elle eût été soutenue. Il existait si peu de gonflement, de douleur même, autour de l'articulation, que chacun en tint compte à l'hémorragie primordiale. Enfin tout le monde fut d'accord pour attribuer la gangrène au défaut de circulation dans le fragment inférieur de la plaie. Quant à l'avenir, les prophéties de chacun ne furent pas les mêmes.

J'eus beau affirmer que la rupture de l'artère tibiale postérieure était une limite posée à la gangrène par l'accident lui-même, que cette limite valait bien le cercle inflammatoire que la nature ne devait point donner; qu'au début d'une gangrène de ce genre il n'y avait point encore infection générale; que le mal était tout local; que plus tard la resorption des gaz et fluides de décomposition, que la respiration de ces mêmes miasmes, que l'imprégnation de cette odeur insupportable circulerait partout, et qu'il cesserait d'être en notre pouvoir de reculer la mort; que celle-ci était certaine, inévitable, si l'on n'amputait pas. Je ne pus faire prévaloir à moi tout seul une doctrine si opposée à celle que mes confrères venaient d'émettre. Mon expérience ne fut point crue; je cédai le fait rapporté plus haut: peut-être les grands maîtres de l'art, qui aujourd'hui ont abandonné le vieux principe, n'auraient-ils pas été plus heureux que moi; leur autorité eût sans doute été méconnue; leurs noms ne furent point jetés dans la discussion. Je cédai au nombre sans abandonner mes convictions, me réservant le droit de les faire triompher en toute autre occasion.

On se sépara en ordonnant de l'extrait de quinquina à l'intérieur, des lavemens; à l'extérieur, de la poudre de quinquina mélangée avec de la teinture camphrée de quinquina et de l'hydrochlorate d'ammoniaque; plus des fomentations alcooliques tout du long de la jambe.

1er mars. La plaie est plus boursouflée que jamais; la gangrène semble s'être emparée de la totalité du talon. Le tissu cellulaire ambiant l'articulation est crépitant emphysémateux; de jaune la peau est devenue rouge au-dessus; le jaune gagne le milieu de la cuisse. Hier cette traînée colorée était insensible; aujourd'hui elle est ou ne peut plus douloureuse. La jambe entière est gonflée; le pouls est plus élevé. (Le soir, calmant, pansement avec quinquina et chlore jusqu'à la fin; potion avec extrait de quinquina, quelques hémorroïdes s'opposent à ce que l'on donne commodément des lavemens.)

2 mars. Fourmillemens insupportables dans le talon, sensation de la brûlure dans l'épaisseur de la plante du pied, la gangrène marche progressivement du talon vers les orteils, qui conservent encore leur chaleur et leur coloration naturelle. (Quelques cuillerées de bon vin en plus des prescriptions.)

3 mars. La peau du talon tombe, soil des plus vives, la potion de quinquina est suspendue: citron, orange. On désire de la bière, on l'accorde: même état pour la plaie, sant que la ligne jaune gravit, et que les ganglions de l'aine deviennent très-douloureux. Le pouls se soutient merveilleusement, la jambe et la cuisse ont près du double de leur volume habituel.

4 mars. La gangrène passe sur la face dorsale du pied, où l'on aperçoit plusieurs phlyctènes rougeâtres. La malade qui voit son pied s'effraie, elle a compris sa position, elle demande avec empressement l'amputation. Nouvelle consultation. La rougeur qui pourchasse le jaune, sans s'arrêter, a gagné l'articulation du genou, tout à l'heure elle est à la cuisse. Depuis trois heures du matin il se passe des douleurs atroces au genou; plusieurs faiblesses ont eu lieu dans la matinée. La jambe quoique rouge est empâtée et crépitante sous la pression du doigt. Tous les tissus en sont remplis de gaz et de fluides séreux et putrescens. Rien qui puisse s'assimiler à un travail de séquestre, point de suppuration; il ne s'épanche de la plaie que des eaux de mauvais caractère. La réaction est impuissante, le pouls offre peu de sécurité, plus d'amputation possible; personne n'ose répondre aux désirs pressans de la malade. Il faut qu'elle meure! et ce débat entre la vie et la mort s'est ainsi prolongé pour cette malheureuse jusqu'au 9 mars, dernier jour de ses souffrances.

Cette fin tardive s'explique par l'usage non discontinué du chlorure de soude. Si ce sel ne fait rien pour précipiter le séquestre, il a du moins l'avantage inappréciable dans les cas de gangrène de détruire l'odeur de putréfaction, et d'affaiblir ainsi l'infection générale. Nous croyons même qu'il éteint le travail de réaction, en arrête du moins l'essor, ainsi que nous avons eu l'occasion de l'observer dans plusieurs gangrènes partielles. Le chlorure de soude momifie l'escarre, la dessèche, assainit la plaie; mais il rend indéfinie l'élimination. Aussi sitôt qu'il a rempli le but utile de désinfection, nous nous hâtons d'employer le quinquina en nature activé de toute l'énergie du sel hydrochlorate d'ammoniaque.

Cette mort laisse des regrets: ont eût voulu amputer, alors que la gangrène apparaissait pour la première fois, que le pied seul était entrepris, que la jambe n'était pas encore gonflée, que la couleur jaune était insensible, qu'il était possible de couper au-dessus sans couper la cuisse. Eût-on réussi? personne ne peut l'affirmer. Certes à cette époque l'amputation n'était point une témérité, destinée comme elle l'était, à arrêter la transmission progressive d'une gangrène, dont tout le monde connaît le dernier résultat. L'opération devait être tentée, comme la seule voie de salut qui restât, quelles que fussent d'ailleurs les chances défavorables qui apparaissaient à l'esprit de chacun. Et nous avons pour nous les opérations de Larrey, l'assentiment de Lawrence, de Guthrie et les succès d'Astley Cooper, et tout récemment de Campbell à l'infirmerie d'Édimbourg. (23 février dernier. Gazette médicale.)

On nous effrayait de la reproduction de la gangrène au moignon, si l'opération était faite avant que la nature n'eût indiqué une ligne de séparation du vif d'avec le mort. Nous ne répéterons pas nos argumens exposés ci-dessus et tires de la cause de cette gangrène, de sa date, de sa localisation, de l'absence d'une infection générale.

Nous savons que parfois, en amputant ainsi, on a vu la gangrène arriver une seconde fois. Mais alors toujours cet accident dépend de la timidité du chirurgien, qui souvent, dans le désir de conserver le plus possible l'usage d'un membre, coupe trop près de la gangrene, c'est un doigt de la main, un pouce, une phalange que l'on voudrait sauver. Dans un cas pareil arrivé en juin 1825, j'ai vu moi-même la

gangrène se renouveler ; mais aussi j'ai vu M. Sergent, mon ami, peu s'inquiéter si le cercle inflammatoire se dessinerait, et couper le bras franchement et de suite malgré la récidive; l'avant-bras était entrepris. Cette seconde opération, faite avant le temps fixé par la vieille doctrine, n'en a pas moins été couronnée d'un plein succès. Et cependant, quel fait plus propre à prouver l'infection générale ? La première amputation avait été faite sur des chairs en apparence très-saines. Ne craignons donc pas d'amputer, que la gangrène soit ou non limitée, pourvu qu'elle provienne d'une cause externe, et qu'il ne se présente aucune autre indication; que l'on porte le fer assez haut, et la plupart du temps on aura à s'applaudir de cette hardiesse, si c'en est une.

Il est quelques circonstances rares, il est vrai, où il n'est point permis de tenter la fortune.

Obs. III.—Récemment un maréchal-des-logis-chef, appartenant au 1er régiment des cuirassiers, fit, à la fin de janvier, une chute de cheval, et se décolla un lambeau de peau à la partie interne du genou, blessure fort légère en apparence, et qui selon toute probabilité devait guérir dans l'espace de 12 à 15 jours. Beau militaire, jeune (30 ans), bien portant avant l'accident, cet homme, d'une constitution éminemment nerveuse, irrité dans son corps par de longues injustices, eut tout le système nerveux ébranlé par la chute. Tout à coup il est pris de vomissemens opiniâtres que rien ne peut calmer, de sueurs froides ; les muscles de la face, secs et tendus, expriment l'exaltation du moral au plus haut degré. Puis survient inopinément le deuxième jour un gonflement moitié inflammatoire, moitié œdémateux, sous forme de bandelette rougeâtre, étendue depuis la malléole externe jusqu'au grand trochanter. En dehors de cette ligne régnait une atmosphère jaune. Soixante sangsues, appliquées sur ce trajet, enlevèrent sur-le-champ le gonflement. Les vomissemens spasmodiques et nerveux persistèrent, le délire se déclara, et deux jours plus tard toute cette ligne fut frappée de gangrène dans toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent. Le pouls faiblit, s'éteignit, et dans les 24 heures de gangrène ce militaire succomba.

A l'autopsie, nous reconnûmes que la gangrène s'arrêtait aux aponévroses d'enveloppe, et nous restâmes étonnés de la voir en dehors du coup reçu, loin des gros vaisseaux et des nerfs principaux, mais bien sur la ligne anastomotique des uns et des autres. Ailleurs, nous développerons cette observation, intéressante à plus d'un titre. Aucune compression extérieure n'a été exercée sur le membre, aucun caillot de sang ne s'était formé dans l'artère fémorale ou l'une de ses divisions; il faut de toute nécessité recourir à la suspension de l'innervation pour s'expliquer l'explosion de cette gangrène et cette mort arrivée en quelques instans.

Évidemment ici on ne devait pas songer à une amputation, et d'ailleurs où la pratiquer. L'instantanéité d'une gangrène aussi étendue, et sa rapidité, doivent toujours gagner de vitesse le chirurgien le plus entreprenant. L'art arrive constamment trop tard; aussi, il ne put rien pour ce militaire. Si donc quelquefois vous n'avez pas même le temps d'agiter la question d'amputation, quel ridicule d'attendre de la nature un cercle inflammatoire.

Lorsque la gangrène est le fait d'un arrêt, non plus dans la transmission de l'influx nerveux, mais bien dans la circulation du sang, sa marche est moins brusque, et la plupart du temps il vous est impossible d'amputer, ainsi que nous l'avons exposé ci-dessus.

Il est néanmoins bien essentiel de juger où se trouve l'obstacle au cours du sang; dans quel ordre de vaisseaux il réside; si c'est dans les capillaires ou dans des vaisseaux qui reçoivent des noms. La conduite du chirurgien peut être toute différente dans l'un ou l'autre cas.

Si la gangrène est due à la rupture d'une artère destinée à nourrir un membre, nul doute que la totalité du membre sera tôt ou tard sphacelée, et que la nature ne pourra jamais suffire à développer la réaction nécessaire pour opérer la séparation complète, et qu'elle mourra à la peine. Amputez et dépêchez-vous, aux premiers indices de gangrène, c'était le cas de mademoiselle B***.

Mais si la gangrène a été amenée par une compression violente, exercée non plus sur un vaisseau notable, mais bien sur les capillaires de la peau et tissus sous-jacens, irez-vous mettre le même empressement à amputer? non, certes. Presque toujours alors la nature a des ressources pour le séquestre, et vous pouvez avoir foi à ses efforts.

Obs. IV. — Au mois de décembre dernier, un batelier, en retirant une corde de l'eau, eut le bras, dans toute son étendue, jusqu'à l'épaule, horriblement froissé entre deux bateaux, dont l'un remontait la rivière de l'Oise, tandis que l'autre était emporté avec violence par le courant. Cet homme, Lequeux de nom, âgé de 68 ans, vit les deux tiers de la circonférence de son bras tomber en gangrène, depuis l'apophyse acromion jusqu'au coude. Cette gangrène énorme, quant à la surface, s'est heureusement arrêtée aux muscles, qui furent mis à nu. Les capillaires qui se distribuent dans le tissu cellulaire et la peau avaient été seuls dilacérés, asphyxiés par la compression; le sang n'y abordait plus. Un gonflement sans exemple du bras survint, la fièvre s'alluma vigoureusement. Nous ne voulûmes pas amputer; de fortes saignées furent faites, puis, à l'aide du quinquina et du sel ammoniaque, nous fûmes assez heureux, à travers mille dangers, pour obtenir la chute complète de cette escarre; et ce marinier, qui était entré à notre Hôtel-Dieu le 20 décembre, en est sorti le 23 février. Le peu de peau qui restait, en se distendant, avait fourni grandement à la cicatrice; il s'en fallait de peu que la plaie fût entièrement fermée.

Autre question : lorsqu'une artère est blessée ou rompue, doit-on faire de suite l'amputation? et le membre auquel elle se distribue doit-il nécessairement tomber en gangrène?

Si l'artère n'est que piquée, nous avons vu M. Dupuytren exercer quelquefois une compression méthodique et réussir. Si cette blessure artérielle avait eu lieu à travers une fracture et par le fait d'une esquille d'os, et que la plaie fût souvent inondée de sang et menacée à chaque instant d'hémorragie, nous l'avons vu lier l'artère plus haut et au lieu d'élection; plus souvent encore il amputait, surtout dans les cas de fracture des os.

Si l'artère, par arrachement, déchirure ou tout autre accident, est entièrement rompue, et qu'en se rétractant elle est allée se cacher dans la profondeur des chairs, on est à l'abri d'une hémorragie, et personne n'a jamais été tenté d'aller rechercher l'artère pour en faire la ligature.

Toute rupture d'artère principale entraîne-t-elle forcément le sphacèle du membre auquel elle se dis-

tribue? Il s'en faut; et, en tous cas, cet événement demeure subordonné à l'importance de l'artère, de son diamètre, etc. Quand on peut lier impunément l'artère poplitée, la fémorale, l'iliaque externe, l'iliaque primitive, la carotide, etc., certes la tibiale postérieure peut être rompue sans que le pied soit irrésistiblement frappé ultérieurement de gangrène. Celui-ci a encore pour se nourrir et l'artère tibiale antérieure et la péronière. Les anastomoses peuvent encore porter du sang dans les muscles de la plante du pied. Il n'y avait donc pas obligation, dans le cas de mademoiselle B***, d'amputer immédiatement après la chute, parce qu'une artère éloignée du centre de la circulation ayant des succédanées pouvait avoir été déchirée.

Je dis *pouvait*, car au premier instant personne n'avait la preuve matérielle de cette déchirure, que chacun soupçonnait par la position et la direction de la plaie; elle n'a été définitivement irrécusable que le jour où la gangrène est arrivée; gangrène dont on a pu étudier la marche progressive, marche toute anatomique, qui dessinait à merveille le trajet de l'artère tibiale, et pour cette artère, à laquelle on n'attribuait aucune hémorragie, vous auriez amputé, et cela sous prétexte de prévenir une gangrène, qui après tout pourrait ne pas se déclarer.

Nouvelle question : doit-on sacrifier un membre toutes les fois qu'on a l'intime conviction que l'une des grandes articulations est intéressée et que la membrane capsulaire est ouverte?

Personne n'ignore quelle est la gravité de ces blessures, surtout lorsqu'elles sont faites par déchirement; à combien de dangers vous expose l'inflammation des séreuses synoviales! Si l'on veut conserver l'articulation, on doit s'attendre à une foule d'abcès tout autour de la plaie, de fusées purulentes dans les interstices musculaires, à des ankyloses consécutives, etc. Mais enfin perd-on tous ses malades? A cette question, je vais essayer de répondre par des faits.

Obs. V. — Un nommé Fleury, âgé de 50 ans, charpentier de profession, aujourd'hui blanchisseur, dans les premiers jours de février 1826, reçut d'un débiteur, auquel il demandait de l'argent, un coup de fusil chargé à plomb sur la jambe gauche. L'articulation du genou particulièrement était criblée; la plaie était affreuse, tout dilacérée; la synovie s'épanchait au dehors, les os étaient frappés. Nous conçûmes, M. Garnier, chirurgien-major des hussards, et moi, l'espoir de sauver cette jambe. Un phlegmon érysipélateux survint, des saignées avec la lancette et les sangsues furent faites. Des foyers purulens s'établirent de tous côtés; des lambeaux énormes de tissu cellulaire, en tombant gangrenés, disséquèrent, exfolièrent en quelque sorte tous les muscles de la jambe, et l'articulation ouverte se referma. Une collection purulente vint à distendre la synoviale au-dessus de la rotule; je fis une ponction avec le trois-quarts. Le péroné fournit plusieurs esquilles de grandeur variable. Au commencement d'avril, toutes les plaies étaient cicatrisées. Les mouvemens du genou étaient à peu près perdus; on le conçoit. Fleury fut aux bones de Saint-Amand pour dissiper l'engorgement et l'empâtement de la partie inférieure du membre. Des bandages compressifs ont été long-temps portés. L'ankylose du genou a fini par devenir complète et incurable; mais enfin cet homme a aujourd'hui sa jambe, et, tout infirme qu'elle peut être, il ne la changerait pas contre une de bois.

Obs. VI. — Diot, commis de l'octroi, en se débattant sur le pont de Compiègne, le 4 février 1833, avec un contrebandier qui voulait faire entrer dans la ville une vache sans acquitter les droits, tomba et se fractura le tibia et le péroné très-près de l'articulation du pied. Les os étaient sortis et avaient labouré le pavé. La peau rompue avait été décollée, un lambeau était emporté et perdu. Les bouts osseux toujours à découvert plongeaient dans la suppuration, mélangée avec de la synovie, lorsqu'au bout de trois semaines le chirurgien ordinaire du malade proposa l'amputation. Deux autres chirurgiens furent appelés en consultation; je fus du nombre; je m'opposai formellement à l'amputation. Le cas était grave; mais l'art pouvait encore obtenir un demi-succès. Je soutins qu'il ne fallait point se laisser séduire par le brillant d'une opération et la promptitude d'une guérison; que, dans l'intérêt du malade plus que du chirurgien, on devait savoir essuyer tous les dégoûts d'un traitement long et épineux. Le traitement fut arrêté en consultation, tel qu'il devait l'être, et Diot est encore aujourd'hui à sa tête de pont avec un pied soudé, il est vrai, avec la jambe. C'était la seule guérison qu'il fut possible d'obtenir.

En feuilletant nos cahiers, nous retrouverions bien d'autres plaies articulaires très-compliquées, qui ont guéri. D'autres pourront, je le sais, en citer autant, qui ont eu de fâcheux résultats : qu'on se rappelle ce que nous disions au commencement de ce mémoire en prenant la plume; il n'en restera pas moins vrai qu'une grande articulation ouverte n'exige pas toujours et impérieusement l'amputation du membre.

Qu'à l'armée, où toutes les ressources manquent pour un pansement délicat, les chirurgiens militaires décident plus vite une amputation, personne ne les en accusera. Dans la pratique civile, nous devons essayer de faire tourner au profit des malades les avantages réels que nous avons sur nos confrères. Le repos, les soins, le choix des médicamens, tout ce qui leur est refusé au milieu des champs est à notre disposition dans les hôpitaux. Aussi pour mettre un peu plus de lenteur dans nos décisions tranchantes, nous ne perdons pas plus de malades, et nous sauvons certainement plus de membres.

L'accident de Fleury était grave : c'était une plaie articulaire bien compliquée; les os ont souffert; il n'en a pas moins guéri. Mais si avec cette plaie il y eût eu rupture de l'une des trois artères qui succèdent à la poplitée, eût-on pu éviter l'amputation? il est difficile de répondre. Un diagnostic plus sévère eût peut-être indiqué un tout autre parti que celui qui a été pris.

Mais enfin faut-il toujours amputer toutes les fois qu'à une plaie articulaire se joint une rupture d'artère? non certes. D'abord tout dépend des accidens immédiats de cette rupture, du volume de l'artère; on apprécie le nombre et l'importance des vaisseaux collatéraux, qui peuvent encore remplacer celui qui cesse de porter du sang; puis on juge le degré de gravité de la plaie articulaire elle-même. Si l'articulation est remplie de terre, gravier ou autres corps étrangers, s'il s'y passe des douleurs que rien ne pourra enlever, si l'inflammation des synoviales est obligée, si une hémorragie se répète à chaque instant, nul doute qu'il ne faille craindre pour les jours du malade assailli par tant d'accidens à la fois. Il faut sauver à tout prix : amputez.

Mais si, comme dans l'observation de mademoi-

selle B***, il y a un silence parfait du côté de l'articulation blessée, une artère rompue qui ne donne point de sang, des os qui ne sont point fracturés, et avec tout cela un gonflement médiocre et point douloureux, ne précipitez pas l'amputation. Vous êtes en droit de compter sur la circulation des collatérales : si elle vient à vous manquer, au premier symptôme de gangrène, amputez.

Je me propose d'examiner encore divers cas d'amputation. La question, telle que je l'ai posée, n'est point complétement traitée aujourd'hui, je continuerai ce travail. Je déclare, en finissant, qu'il m'a été inspiré par la GAZETTE MÉDICALE du 23 février qui rapporte plusieurs cas d'amputation fait avant que la gangrène ne fût arrêtée.

LE Dr. VIOLETTE,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Compiègne.

THÉRAPEUTIQUE.

Remarques sur les effets thérapeutiques du sirop et de l'extrait de pointes d'asperges; par M. GENDRIN, médecin de l'hospice Cochin.

LA GAZETTE MÉDICALE a appelé l'attention des médecins sur des discussions qui se sont récemment élevées concernant l'action du sirop de pointes d'asperges; les observations générales suivantes seront peut-être de nature à fixer la valeur de cet agent thérapeutique.

Désirant savoir à quoi m'en tenir sur les propriétés du sirop de pointes d'asperges, j'ai soumis à l'usage de ce médicament une série de personnes affectées de maladies légères ou même non malades, comme nous avons l'occasion d'en recevoir beaucoup dans les hôpitaux. Le sirop dont je faisais usage avait été préparé l'année dernière à la pharmacie centrale des hôpitaux. J'ai constaté jour par jour l'état du pouls chez ces personnes, et j'ai fait mesurer comparativement la quantité des boissons et des urines. Tous, sans exception, ont éprouvé une augmentation dans la quantité des urines, qui a commencé à se manifester lorsque le sirop a été administré à la dose d'une once à une once et demie, mais qui n'a été très prononcée qu'à la dose de deux onces. A cette dose les urines étaient, chez tous les individus, triples, quadruples et même quintuples en quantité des boissons. Lorsque cette diurèse abondante était établie, la plupart de ces personnes éprouvaient de la soif et tous avaient une notable augmentation d'appétit.

J'ai recommencé ces expériences sur trois séries de personnes de 3, de 5, et de 4, avec les mêmes résultats. Je n'ai jamais administré avec le sirop de pointes d'asperges, dans ces cas, d'autres boissons et d'autres médicamens qu'une livre et demi d'eau d'orge et de réglisse.

Je n'ai jamais trouvé que l'urine de ces personnes eût la moindre odeur d'asperge.

Je n'ai vu chez aucun de ces individus le pouls s'abaisser d'une seule pulsation.

Dès le lendemain du jour où le sirop de pointes d'asperges a été suspendu, la diurèse a cessé. En cela, ce diurétique diffère de la digitale, après l'usage de laquelle les malades continuent à uriner abondamment pendant sept à huit jours.

J'ai administré le sirop de pointes d'asperges à des hydropiques et surtout à des hydropiques par maladie du cœur. Chez tous, l'effet diurétique a été produit; il n'a manqué que chez des malades arrivés au dernier terme de la maladie, chez lesquels il est d'observation qu'aucun diurétique n'agit.

L'action du médicament chez les malades de maladie de cœur ne s'est aussi jamais fait voir sur le pouls. Si quelques-uns ont été soulagés de leur dyspnée, c'est que cela arrive dans ces cas par l'usage de tous les diurétiques, lorsque la diurèse est bien établie; ce qui ne m'empêche pas d'admettre qu'il est des diurétiques qui agissent sur le cœur. Mais j'affirme que la plus grande attention à examiner l'état de la circulation chez ces malades, tout comme chez les sujets non malades, ne m'a jamais fait reconnaître au sirop de pointes d'asperges la plus légère action sur le cœur.

J'ai pensé à remplacer le sirop de pointes d'asperges par l'extrait de pointes d'asperges préparé en faisant évaporer le suc de pointes d'asperges à l'étuve. M. le pharmacien en chef des hôpitaux ayant eu l'obligeance de me faire préparer de cet extrait, j'en ai essayé l'administration avec les mêmes précautions et de la même manière que je l'avais fait pour le sirop.

L'extrait, préparé comme je viens de l'indiquer, correspond à 48 gr. pour une once de sirop. Il a une action diurétique très-énergique et plus énergique que le sirop. A la dose de 36 grains, il agit très-fortement, et à la dose de 48 grains il a autant d'efficacité que le sirop à la dose de 2 onces; du reste il n'a, non plus que le sirop, aucune action appréciable sur le cœur. Il n'a aucun effet immédiat sur les voies digestives et il n'imprime aucune odeur aux urines.

La conséquence générale de ces essais est que le sirop de pointes d'asperges est un excellent diurétique à la dose d'une once et demi à deux onces et même trois onces, et que l'extrait de pointes d'asperges est un diurétique plus actif encore à la dose de 36 à 48 grains.

GAZETTE DU 22. N° 52.

THÉRAPEUTIQUE.

Mémoire sur l'emploi des antimoniaux insolubles dans le traitement de la péripneumonie; par M. PATIN, D.-M. P. (1).

L'administration des préparations antimoniales, dans diverses maladies, et notamment dans les affections de poitrine, remonte à un temps assez reculé.

(1) Un *extrait* de ce mémoire a déjà paru dans un autre journal. L'auteur nous avait chargé d'insérer son travail *en entier* dans la GAZETTE MÉDICALE avant cette publication partielle. L'abondance des matières nous a empêché d'obtemperer plus tôt à ses desirs. Au reste, la partie qu'on en a publiée ne contient que le résumé du mémoire; nous donnons la partie principale qu'on a omise, les observations pratiques, dans lesquelles le lecteur trouvera une application indispensable de la medication qui fait l'objet du travail de M. Patin. Ce travail nous a paru d'ailleurs assez important pour meriter les honneurs de la plus grande publicité.

Presque toujours elles ont été employées à faibles doses, et ce n'est que de temps à autre qu'on rencontre des vestiges d'une médication plus hardie. On peut trouver une preuve de ce que nous avançons en parcourant l'ancien formulaire des hôpitaux de Paris, année 1767, où l'on voit une potion dite *in pleuritide et in peripneumoni*, composée de quatre gros d'antimoine diaphorétique et de quatre onces de suc de bourrache; et le *bolus ad quartanam* de l'hôpital de la Charité, dans lequel il entre seize grains de tartre stibié et une once de quinquina. On sait l'emploi heureux que Stoll fit de l'émétique à dose vomitive dans l'épidémie de pneumonie dite *bilieuse*, de 1776, et les succès que Bordeu, Baillou et tant d'autres célèbres médecins en obtinrent dans le cours de leur pratique. Mais on ne voit employer les antimoniaux à doses élevées, et d'une manière systématique, que depuis vingt ans environ, par Rasori et son école, en vertu de la doctrine du contro-stimulisme. En 821, époque à laquelle les travaux de l'école italienne étaient encore imparfaitement connus en France, le célèbre Laennec, ayant eu connaissance des résultats étonnans que les médecins italiens obtenaient de l'usage des antimoniaux à haute dose, dans le traitement de la péripneumonie, se décida, sans toutefois adopter leurs idées théoriques et imiter leur hardiesse, à tenter quelques expériences dans cette direction. Les progrès récens de l'anatomie pathologique, et ses admirables découvertes en auscultation médiate, lui fournissaient des moyens de diagnostic et de vérification extrêmement positifs; les succès qu'il obtint dépassèrent ses espérances. Il n'est point de notre objet d'entrer dans le détail des travaux de Laennec; il nous suffit de rappeler les résultats auxquels il est parvenu, et qu'il publia dans son beau traité de l'auscultation médiate; on y voit que, de 1824 à 1826, sur cinquante-sept pneumoniques qu'il traita par le tartre stibié, il n'en perdit que deux, ce qui fait un peu moins d'un sur vingt-huit. M. Ambroise Laennec, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, qui avait adopté la méthode de son cousin, traita, en deux ans, quarante pleuro-pneumonies graves, et ne perdit que trois malades, ce qui fait un mort sur treize. Beaucoup de praticiens distingués, trop nombreux pour que nous puissions les citer tous ici, ont répété ces expériences et ont obtenu des résultats analogues.

Toutefois, cette innovation thérapeutique, malgré les succès qui témoignaient en sa faveur, n'était pas à l'abri de nombreuses objections; et il faut en convenir, elle offrait plusieurs inconvéniens graves. La *tolérance* ne s'établissait pas toujours avec une égale facilité et Laennec avoue lui-même que dans certains cas il n'a pu l'obtenir. Les expériences de M. Magendie, de MM. Rayer et Bonnet, ont prouvé que trop souvent le tartre stibié à haute dose donnait lieu à une angine simple, érythémateuse, et plus rarement à une angine pustuleuse, analogue à l'inflammation que les frictions faites avec la pommade d'Autenrieth produisent sur la peau; quelques autres ont vu aussi le tartre stibié produire des aphthes dans la bouche, le ptyalisme, et divers désordres intestinaux quelquefois mortels. Enfin, M. Rayer, après des essais multipliés et consciencieux, est arrivé à cette conclusion : « Tout en reconnaissant, dit-il (Dict. de méd. et de chirur. prat., tom. III), que l'on peut obtenir, par la méthode de Rasori, la guérison d'un certain nombre de pneumonies, je déclare que, comme méthode exclusive, elle me paraît bien inférieure, dans la pluralité des cas, à celle des évacuations sanguines. »

Nous ne prétendons pas dire que par cela seul qu'une méthode de traitement présente quelques désavantages, on doive y renoncer; ce serait en quelque sorte proscrire la thérapeutique; mais nous pensons que s'il se rencontre une médication préférable à celles antérieurement employées, c'est un devoir de la préconiser, et, s'il est possible, de la faire adopter. M. Récamier, contemporain des essais dont nous venons de parler, fut conduit par diverses considérations à chercher si d'autres composés antimoniaux que le tartre stibié n'offriraient pas dans le traitement de la pneumonie les mêmes avantages sans en présenter les inconvéniens. En conséquence, de 1831 à 1833, il entreprit une série d'expériences avec les antimoniaux, dans le service qu'il dirige à l'Hôtel-Dieu. M. Recamier ayant été obligé de cesser ses visites par suite d'une maladie grave, ses travaux furent poursuivis dans le même esprit par M. le docteur Trousseau. Ce sont ces expériences, dont nous avons été témoins, qui ont donné lieu aux considérations qui vont suivre.

Avant de passer outre, nous dirons que les expériences de MM. Récamier et Trousseau ont prouvé que, de tous les composés antimoniaux, ceux qui offrent le plus d'avantages et les effets les plus constans sont : le protoxide d'antimoine, l'acide antimonieux, l'acide antimonique, l'antimonite, l'antimoniate de potasse et le kermès minéral, dont les proportions chimiques sont bien déterminées; il n'en est point ainsi de la poudre d'*Algaroth* et de l'antimoine diaphorétique lavé et non lavé, dont les proportions sont loin d'être toujours les mêmes, et partant d'un effet peu sûr. Nous renvoyons, pour la préparation de ces substances, à l'article *Antimoine*, de M. Soubeiran. (Dict. de médecine, tom III, 2e édition.)

L'antimoine métallique parfaitement pur a été aussi essayé; mais la facilité avec laquelle il se combine avec les acides des premières voies, et les accidens qu'il occasione quelquefois ont forcé ces messieurs à l'abandonner dès les premières tentatives.

Les combinaisons antimoniales que nous avons citées en premier lieu, produisant toutes une action identique sur l'économie animale, sauf de légères différences de saveur et l'effet plus purgatif exercé par le kermès, nous avons cru pouvoir nous dispenser de donner l'histoire particulière de l'action de chacune, et nous nous sommes borné à l'exposition de leurs effets généraux.

§ Ier. — Circonstances dans lesquelles il est utile de placer le malade.

Les précautions dont nous allons parler pourront paraître minutieuses; mais l'expérience nous a prouvé qu'elles facilitent singulièrement la médication, et c'est peut-être pour les avoir négligées que plusieurs praticiens n'ont point obtenu les mêmes succès que MM Récamier et Trousseau. Le malade sera soustrait à toutes les influences morales susceptibles de lui causer quelque agitation; la température de la chambre sera renfermée dans les limites de 10 à 15 degrés centigrades; les couvertures de son lit seront légères et pourtant suffisantes pour ne pas lui permettre de se refroidir; toutes les boissons lui seront données froides. On conçoit facilement que

dans une affection où la circulation joue un si grand rôle, il faut se garder de donner des boissons chaudes, qui manquent rarement de causer une augmentation du nombre des pulsations artérielles, et d'ajouter ainsi une fièvre factice à celle qui existe déjà. Il convient que la diète soit rigoureusement observée, rien n'étant plus contraire à l'action des antimoniaux et à l'établissement de la tolérance que l'ingestion des alimens; nous les avons vus, dans certains cas, déterminer des superpurgations fâcheuses; on ne permettra donc, par jour, que deux ou trois demi-potages fort légers. On évitera également de donner concurremment des boissons ou des alimens acides, à raison des nouveaux composés qui pourraient en résulter et produire ainsi une action vomitive et purgative nuisible.

A. Opportunité. — Il est parfaitement reconnu que c'est au début de la péripneumonie que le traitement, quel qu'il soit, a le plus de chance de succès; il en est de même pour la médication par les antimoniaux : ils réussissent avec d'autant plus de sûreté et de promptitude, que la maladie est plus près de son début, qu'elle est plus franche, c'est-à-dire plus dégagée de complication, et que le sujet est plus jeune et plus vigoureux; ce moyen n'a certainement pas une action aussi rapide et aussi évidente sur les sujets avancés en âge, faibles ou cachectiques, et lorsque la pneumonie est languissante ou chronique. Malheureusement les malades tardent toujours plus ou moins à réclamer les secours de l'art. Toutefois, la médication dont il s'agit nous a paru préférable à toutes celles que nous avons vu employer dans des circonstances analogues, quel que fût le degré de la maladie.

B. Mode d'administration dans les salles de M. Récamier. — On ne saigne point le malade, même quand il est d'un tempérament sanguin, jeune et pléthorique. Nous savons que beaucoup de praticiens ne partagent pas cette manière de faire, et nous ne croyons pas non plus qu'on doive renoncer à la saignée d'une manière absolue; mais M. Trousseau, ayant observé, comme nous l'avons dit précédemment, que les antimoniaux réussissaient d'autant mieux que le sujet se trouvait être plus jeune, plus sanguin et plus fort, il se fait un cas de conscience de saigner, et nous ne savons pas que, jusqu'alors, il ait eu lieu de se repentir de cette méthode. On ne peut, à moins de préciser des cas, dire d'une manière absolue à quelle dose il convient d'administrer les antimoniaux insolubles : on doit se régler à cet égard sur l'âge, le sexe du malade, son état de force ou de faiblesse, l'époque de la maladie et son degré d'intensité. La dose pour les enfans à la mamelle est de six grains à vingt grains, et varie d'un demi-gros à une demi-once et plus pour les adultes. Pour les enfans, on mêle l'oxide ou l'acide à partie égale de sucre, que l'on dépose sur la langue; on en donne ainsi un grain toutes les heures, ou bien on le suspend dans deux onces de looch, qu'on administre de la même manière; comme ce médicament est insipide, il est extrêmement rare que les enfans témoignent de la répugnance. Pour les adultes, on suspend de même l'oxide dans un ou deux loochs, ou dans une potion mucilagineuse de quatre à cinq onces, que l'on fait prendre par quart, de trois heures en trois heures ou de quatre en quatre heures. On a soin de recommander au malade d'agiter sa potion chaque fois qu'il en use, à cause de la tendance de l'antimoine à se précipiter. Pour le kermès, les doses seront un peu plus faibles : il est plus facilement supporté en pilules ou en pastilles de trois à six grains; cette préparation est plus particulièrement employée dans les cas où l'on juge à propos d'établir en même temps une forte dérivation sur le canal intestinal. Quel que soit le composé antimonial, il est convenable de distribuer les doses de telle sorte que le malade soit toujours sous l'influence de la médication. S'il survient des vertiges, de la céphalalgie et une sorte d'ivresse, des sinapismes seront placés aux mollets; mais ces accidens ne se présentent guère que lorsque le degré avancé de la pneumonie ou sa gravité oblige à débuter par des doses très élevées.

§ II. Effets sur l'économie.

1. Appareil des sens. — Presque tous les malades auxquels nous avons vu administrer les antimoniaux insolubles ne leur trouvent aucune saveur désagréable, et prennent la potion avec autant de plaisir que si c'était de l'eau sucrée. Nous n'avons remarqué le dégoût que dans les cas de saturation : or, celle-ci ne se manifeste que lorsque la médication a duré quelque temps, ou après la cessation des phénomènes morbides; c'est une indication précise de l'époque où il faut s'arrêter, et qu'il importe de ne point négliger.

2. Appareil digestif. — Il est assez rare que, dès l'abord, les malades n'éprouvent point quelques nausées, rarement suivies de vomissement, et quelques évacuations alvines auxquelles la constipation ne tarde pas à succéder. Quand les vomissemens ont lieu, c'est ordinairement le matin, au moment où le malade se réveille. Nous n'entendons parler ici que des pneumoniques dont les intestins sont à l'état normal; mais chez ceux qui ont une inflammation de ces organes à quelque degré que ce soit, il y a toujours quelques accidens à craindre. Chez les phthisiques qui ont de la diarrhée, par exemple, les antimoniaux sont contre-indiqués; et si l'on s'obstinait à persister dans leur emploi, on ne tarderait pas à voir les symptômes intestinaux s'aggraver et l'affection tuberculeuse en recevoir une impulsion bientôt fatale; il en est de même dans la dothinentérie, que la pneumonie vient quelquefois compliquer. Mais si l'irritation gastro-intestinale est un phénomène concomitant de la péripneumonie, ou même si elle ne l'a précédée que de quelques jours, il faut passer outre, et très-souvent l'état inflammatoire est avantageusement modifié. Un fait remarquable par sa constance est la suppression ou la diminution de la soif au bout de six à huit heures, puis une appétence très-vive pour les alimens. Nous devons nous hâter d'ajouter qu'une gastrite ou une gastro-entérite légère qui naîtrait sous l'influence du traitement, ne devrait pas donner de sérieuses inquiétudes; elle ne survit pas d'ordinaire à la cessation de la médication : on se trouve alors dans le cas de toute dérivation sur le canal intestinal.

3. Appareil des sécrétions. — La peau, de chaude et de sèche qu'elle est quelquefois, ne tarde pas à devenir souple et moite, et la sueur ruisselle; elle manque rarement de disparaître dès le lendemain de l'administration des antimoniaux; et si, comme l'a fait remarquer M. Trousseau (Dictionnaire de médecine, tom III, 2e édit.), ils ne déterminent ni vomissement ni purgation, ils augmentent presque constamment la sécrétion urinaire; l'expectoration est également très-promptement modifiée; de rouil-

lée et visqueuse qu'on l'a vue la veille, elle devient, dans l'espace de vingt-quatre ou trente-six heures, incolore et muqueuse, à moins qu'il n'existe une affection catarrhale préexistante, auquel cas la modification n'est pas aussi rapide.

4. Appareil circulatoire. — Chez presque tous les malades, on observe d'abord une légère augmentation du nombre et de la force des pulsations, coïncidant avec une sorte d'ivresse et de vertiges passagers; puis le nombre et l'intensité des pulsations diminuent successivement, et descendent en peu de jours au-dessous du type normal; dans plusieurs cas, nous avons vu le pouls tomber de cent vingt à trente-huit pulsations, et se maintenir ainsi plusieurs jours, les mouvemens du cœur étant parfaitement isochrones à ceux de l'artère. Cet état persiste ordinairement quelque temps après la cessation du traitement antimonial. Dans la plupart des cas, du troisième au cinquième jour de l'administration des antimoniaux, il se manifeste de l'irrégularité dans le pouls; elle est quelquefois assez prononcée pour empêcher de compter le nombre des pulsations. Ce phénomène ne dure pas au-delà de vingt-quatre heures, et il coïncide presque toujours avec le commencement de la résolution.

5. Appareil respiratoire. — Un fait très-digne de remarque, c'est que le ralentissement de la respiration ne commence à se faire sentir que le second ou troisième jour, tandis que, comme nous l'avons fait observer précédemment, la diminution du nombre des pulsations artérielles est un effet presque immédiat. « Nous avons vu, dit M. Trousseau (*loc. cit.*), le nombre des mouvemens respiratoires diminuer tellement, que des malades, soumis à l'expérience, ne respiraient plus que six fois par minute, lorsque auparavant ils respiraient seize, vingt et vingt-quatre fois; et l'on n'eût pu s'empêcher de concevoir de graves inquiétudes, si l'on n'avait été rassuré en même temps par la bonne contenance du malade et par l'assurance qu'il donnait de son bien-être. » Cette action thérapeutique remarquable ne se produit pas seulement sur les pneumoniques, elle a également lieu chez les individus dont les organes pulmonaires sont parfaitement sains, comme chez ceux qui ont un commencement d'hypertrophie du cœur, et chez les rhumatisans, etc. Dans le cas de pneumonie, on concevrait facilement qu'à mesure que la résolution s'effectue la respiration se ralentisse, puisqu'elle s'exerce sur une plus grande surface; mais comme ce phénomène a lieu également chez les hommes qui ne sont pas dans le même cas, on est bien obligé d'admettre de la part de l'antimoine une action sédative sur le système nerveux de la vie animale, tandis que l'intelligence et les organes des mouvemens volontaires restent dans un état d'intégrité parfaite. Pendant l'épidémie de choléra qui a régné à Paris, on a pu observer un fait pathologique analogue, mais bien plus prononcé. Dans le choléra bleu, des malades dont la circulation était presque éteinte dans les membres, et la respiration tellement ralentie qu'il fallait les observer plusieurs minutes pour s'assurer qu'ils respiraient encore, répondaient très-juste aux questions qui leur étaient adressées, et pouvaient encore exercer des mouvemens volontaires très-compliqués. Jusqu'à quel point les phénomènes de l'intelligence et les mouvemens volontaires sont-ils donc indépendans de la circulation et de la respiration?

6. Durée de la médication. — Quand les symptômes alarmans ont disparu, que le râle crépitant de retour commence à se faire sentir dans les points où la bronchophonie existait, et qu'ainsi la résolution s'effectue, on tient le malade à la même dose d'antimoine, et ce n'est qu'à mesure que la décroissance se prononce qu'on peut la diminuer proportionnellement, en se relâchant de la sévérité du régime. La médication sera continuée quelques jours après l'entière disparition des symptômes morbides. En sortant de cette ligne thérapeutique, on s'exposerait à des rechutes fâcheuses. Nous devons d'autant plus insister sur ce point, qu'ordinairement, au bout de deux ou trois jours de traitement, le mieux-être du malade, sa bonne contenance, l'insistance qu'il met à obtenir des alimens, peuvent faire croire à une complète guérison, tandis que l'examen de la poitrine met à même de s'assurer que la résolution n'est point entière; l'impulsion est donnée, il est vrai, mais elle a besoin d'être encore soutenue quelque temps pour arriver à son terme. On est d'ailleurs averti de l'époque à laquelle il faut s'arrêter, par la cessation de la tolérance, ou le dégoût que le malade témoigne pour une potion qu'il prenait la veille avec une sorte de plaisir. Quelque chose de fort remarquable, c'est que, quand la tolérance s'établit difficilement, elle est de peu de durée; et une fois détruite par une cause accidentelle, on a une peine extrême à l'obtenir une seconde fois : dans ce cas, l'action antimoniale est loin d'être aussi prononcée; la raison en est simple : l'absorption ne s'effectue pas, tandis que par le fait de la tolérance l'amendement des symptômes est rapide; à mesure qu'ils s'évanouissent, on permet des alimens; le pouls se relève, la respiration revient à son type normal, et le malade peut, en sortant de l'hôpital, reprendre immédiatement ses occupations, ce qui, pour le faire remarquer en passant, n'est pas ordinaire à la suite du traitement antiphlogistique proprement dit.

Pneumonie à droite; récrudescence; pleuro-pneumonie à gauche; trois onces deux gros et douze grains d'acide antimonique. Guérison.

Obs. I. — Benoît Tabarean, maçon, âgé de vingt-trois ans, de taille moyenne, bien conformé, d'un embonpoint suffisant, et le visage coloré, était enrhumé depuis huit jours, lorsque le 23 mars 1833, à huit heures du matin, il fut pris de fièvre avec point de côté et toux, accompagnée d'expectoration sanguinolente. Le 24, il fut couché au n° 68 de la salle Saint-Bernard de l'Hôtel-Dieu, et eut un vomissement.

Le 25, à la visite, il présentait les symptômes suivans : pommettes d'un rouge tirant sur le brun, teinte jaune paille du reste de la face, peau chaude et halitueuse; au bras droit on remarque des croûtes qui appartiennent à l'*herpes crustaceus*; la langue est sèche; soif vive, un peu de sensibilité à l'épigastre, point de dévoiement, pouls à cent pulsations, et trente-quatre respirations par minute; expectoration visqueuse, tenace, de couleur orangée terne. La percussion fait reconnaître de la matité en arrière, depuis le sommet de la poitrine jusqu'à sa partie moyenne; l'auscultation, de la respiration bronchique dans le tiers moyen, de la bronchophonie dans le tiers supérieur, point de râle crépitant; à gauche, la respiration est puérile. Acide antimo-

nique deux gros en deux loochs, à prendre par quart de trois en trois heures; orge miellé, deux pots; diète absolue.)

Le 26, teint pâle, peau sèche, offrant peu de chaleur fébrile; langue humide, soif vive, douleur à l'épigastre; un vomissement et sept selles depuis trois heures du matin jusqu'à six; abdomen souple; moins d'oppression, visage plus calme, expectoration beaucoup moins rouillée, mais aussi visqueuse et aussi abondante que la veille; moins de retentissement de la voix dans la fosse sous épineuse, un peu de râle crépitant de retour à l'union du tiers moyen au tiers inférieur du côté droit de la poitrine, où le point de côté continue à se faire sentir. 68 pulsations, 32 respirations. (Même prescription.)

Le 27, récrudescence. Hier les rideaux des lits ont été enlevés et les fenêtres tenues ouvertes pour chasser la poussière. Dans ces circonstances, Benoit a été plusieurs fois aux lieux, où il s'est refroidi; aussi est-il plus mal que la veille. Oppression considérable, anxiété, point d'évacuations alvines; râle crépitant dans l'étendue d'un pouce carré au-dessous du mamelon droit et au bas du poumon droit; retentissement de la voix dans le tiers moyen; matité et douleur à la base du poumon gauche, où existe du retentissement sans bronchophonie; l'expectoration a le même aspect que le premier jour. 88 pulsations, 30 respirations; soif, peau sèche, chaude, point de sommeil. (Prescription : acide antimonique, 3 gros dans 3 loochs.)

Le 28, peu de sommeil, langue blanche, rouge sur les bords, peu de soif, appétit; une seule garde-robe; point de douleur abdominale, toux opiniâtre, fatigante, voix enrouée; même état de l'expectoration; douleur à l'épaule droite et à la partie inférieure du côté droit de la poitrine; souffle bronchique en arrière et en bas; retentissement de la voix dans le tiers moyen; matité à la pointe du scapulum, où l'on perçoit de l'égophonie dans une très-petite étendue; retentissement de la voix dans le tiers inférieur du côté gauche, pouls à 72, respirations 41 (Même prescription.)

Le 29, Benoit a passablement dormi; peau sèche, médiocrement chaude, *facies* amélioré; la douleur de côté est fort diminuée, peu de soif, langue humide, un vomissement et une selle, toux opiniâtre; les derniers crachats sont moins rouillés que les précédens; la pneumonie gagne la partie antérieure du lobe supérieur droit, où matité et souffle bronchique; retentissement au-dessous du mamelon, râle crépitant en arrière et aussi à la base, où le souffle bronchique est très-évident; l'épanchement parait avoir augmenté; à gauche, râle crépitant à la base, pouls à 82, respirations 47. (Même prescription.)

Le 30, peau chaude, moite; langue humide, rouge sur ses bords; point de soif ni d'appétit; deux selles dans la matinée, toux moindre, expectoration moins rouillée; le crachoir contient du sang venant d'une épistaxis; moins de matité en avant, où l'on perçoit du râle crépitant de retour; respiration vésiculaire à la périphérie, annonçant la rétrocession de la pneumonie; en arrière, moins de matité aussi, respiration bronchique et retentissement moins prononcés à la pointe du scapulum et dans la fosse sous-épineuse; on y distingue quelques bulles de râle crépitant de retour, que l'on retrouve aussi à la partie inférieure du lobe moyen droit; 67 pulsations, 46 respirations. (Même prescription.)

Le 31, mieux être; langue humide; peu de soif, une selle en vingt-quatre heures, expectoration catarrale maculée de sang provenant du nez; respiration vésiculaire en avant, râle crépitant de retour disséminé en avant, encore un peu de matité à la pointe de l'omoplate; râle de retour dans le reste de la partie postérieure; 68 pulsations, 28 inspirations. (Acide antimonique, 2 gros; tisane, 2 pots.)

Le 1er avril, le malade se sent infiniment mieux; le teint est bon, le sommeil réparateur; il ne se plaint que d'une légère douleur à l'épigastre et dans le bas-ventre; une selle, peu de toux. La résolution continue; 56 pulsations, 28 respirations. (Acide antim., 2 gros; 2 demi-potages; tisane, 1 pot.)

Le 2, expectoration peu abondante, aérée, contenant un peu de sang qui vient du nez; le malade éprouve encore de la douleur en faisant de grandes inspirations; il a mangé ses deux potages avec délices; crépitation à la base du poumon droit et râle humide dans les inspirations profondes; au sommet, la respiration est pure; un peu de retentissement vers la partie moyenne, et râle de retour disséminé dans toute la partie postérieure droite; 45 pulsat., 25 respirat. (Acide antim., 1 gros et demi; 4 soupes.)

Le 3, épistaxis peu abondante, face colorée, appétit prononcé, encore quelques bulles de râle crépitant profond, une selle; 43 pulsations, 18 respirations. (Acide antimonique, 1 gros; demi-quart de portion, tisane de chiendent.)

Le 4, le mieux-être continue; 39 pulsations, 24 respirations. (Prescription *idem*.)

Le 5, respiration pure, convalescence; 40 pulsations, 22 respirations. (Même prescription.)

Le 6, 45 puls., 26 resp. (Même presc.)

Le 7, 40 puls., 35 resp. Acide antimonique, demi-gros; la demie.

Le 8, 52 puls., 38 resp. Acide antimonique, demi-gros; la demie.

Le 9, 48 puls., 43 resp. Acide antimonique, 1 scrup.; les trois quarts.

Le 10, 47 puls., 29 resp. Acide antimonique, 1 scrup.; les trois quarts.

Le 11, 46 puls., 26 resp. On cesse la médication antimoniale.

Le malade reprend de l'embonpoint; il sort parfaitement guéri le 12 avril; son pouls bat 68 fois par minute.

Pneumonie à gauche. — Délire; érysipèle de la face. — Antimoniate de potasse. — Guérison.

Obs. II. — M..., commissionnaire, âgé de 45 ans, robuste, habituellement bien portant, et adonné aux liqueurs fortes, après avoir fait une course et s'être échauffé, fut pris, le 31 décembre 1832, de point de côté, de frisson et de toux, qu'il négligea pendant 2 jours. Quinze sangsues furent appliquées sur le point douloureux, et une saignée abondante lui fut pratiquée le 2 janvier.

Le 3, il fut pris de délire, et transporté à l'Hôtel-Dieu le 5 janvier, où il fut couché au n° 72 de la petite salle Saint-Bernard.

Ce malade est dans une agitation extrême; la pupille droite est plus dilatée que la gauche; le pouls est plein, fréquent; le visage coloré. Matité, bronchophonie, souffle bronchique mêlé à du râle crépitant dans presque tout le poumon gauche; peu d'expectoration, soif vive.

Le 6, même état; délire aussi violent; 108 puls.

22 insp. (Antimoniate de potasse, 2 gros en 3 loochs; orge miellé ; diète.)

Le 7, même état de la poitrine, point d'évacuations alvines, toujours du délire le soir; mâchonnement, soubresauts des tendons. (Antimoniate de potasse, 2 gros en 3 loochs; potion avec musc, 10 grains.)

Le 8, 104 pulsations, 28 inspirations; toujours même état de la poitrine, un peu moins d'agitation. Cependant, encore du mâchonnement et des soubresauts des tendons. (Antim. de potasse, 2 gros en 3 loochs; potion avec musc, 24 grains; 2 vésicatoires aux cuisses; lavement d'amidon avec 1 gros de valériane. Si le musc ne calme pas les symptômes nerveux, on doit donner au malade une forte infusion de café.

Le 9, presque plus de délire, pouls assez régulier, peau moite; on entend quelques bulles de râle crépitant de retour ; langue moins sèche, point de diarrhée, urine abondante et claire, plus d'agitation ni de soubresauts des tendons, grande fatigue ; 72 pulsations, 20 inspirations (Antimoniate de potasse, 2 gros.)

Le 10, râle de retour dans toute l'étendue du poumon ; l'intelligence est rentrée dans le calme. (Antimoniate de potasse, 2 gros.)

Le 11 et le 12, râle muqueux et crépitant. (Antimoniate de potasse, 1 gros) La convalescence de ce malade fut rapide, et le 19 il était presque complétement rétabli, lorsqu'il fut pris d'un érysipèle de la face, dont le point de départ fut l'oreille gauche, où existait un point de suppuration. Céphalalgie langue saburrale, vésicatoire sur la face. (Potion avec sulfate de soude, 1 once.)

Le 20 janvier, plusieurs selles. L'érysipèle s'étend rapidement.

Le 21, face gonflée, paupières œdémateuses, céphalalgie, délire la nuit; toute la face est envahie.

Le 22, même état. (Trois pots de tisane d'orge, 4 pilules camphrées et nitrées, vésicatoires aux mollets.) Les lavemens de valériane, les loochs avec acide borique, joints aux moyens déjà employés, firent cesser le délire.

Le 25, l'érysipèle a disparu ; la face se desquame, et le malade sort parfaitement guéri le 4 février.

Pneumonie à gauche. — Kermès. — Guérison.

Obs. V. — Germain Bertot, âgé de 37 ans, journalier, fut pris, le 12 décembre 1832, d'un frisson violent, bientôt suivi de chaleur et de sueur; en même temps un point de côté profond, mais peu intense, parut à gauche, et s'accompagna d'une toux sèche d'abord, puis avec expectoration épaisse, visqueuse et rouillée. Pendant 8 jours, cet état persiste toujours à peu près le même; la fièvre, moins forte cependant, avait des exacerbations le soir.

Le 20, cet homme entra à l'Hôtel-Dieu, et fut couché au n° 67 de la salle St-Bernard.

Le 21, à la visite, douleur sourde dans le côté gauche; respiration fréquente; face rouge; pouls à 92, plein et fort; soif; peau chaude et halitueuse; râle crépitant, sec au sommet du poumon gauche; expectoration visqueuse, épaisse, de couleur jaune sucre d'orge. (Prescription : 48 grains de kermès en 2 loochs ; tisane pectorale, 2 pots.)

Le 22, les accidens généraux paraissent un peu calmés; les crachats ont conservé leur teinte jaune; il n'y a pas eu de selles ni de vomissemens. (Prescription : Id.)

Le 23, point de vomissemens; quatre selles; les crachats sont toujours visqueux et jaunes; pouls 60, inspirations 20; un peu de toux; pas de sentiment d'oppression; éruption érythémateuse aux lèvres; le râle crépitant n'a ni diminué ni augmenté; la langue est pâle ; appétit.

Le 24, les accidens cérébraux continuent à diminuer ; les crachats restent toujours visqueux et jaunes; on attribue la couleur rouillée au kermès; on lui substitue l'oxyde blanc d'antimoine à la dose d'un gros ; pouls à 58; inspirations, 18; peau fraîche, langue normale.

Le 25, la couleur rouillée des crachats ne se fait plus remarquer; mais comme il existait de l'eau dans le crachoir, on n'a pu parfaitement juger de la dégradation de la couleur jaune ; même état du pouls et de la respiration; le râle crépitant se transforme en râle muqueux. (Prescription : Oxide blanc d'antimoine, 1 gros; le quart de portion.)

Le 26, le malade s'est donné une indigestion en mangeant outre mesure ; les crachats sont de nouveau rouillés. (Prescription : Oxide blanc, 1 gros; tisane, 1 pot ; diète.)

Le 27, les crachats sont encore épais, visqueux et un peu rouillés; pouls à 50; le râle crépitant a disparu. (Même prescription.)

Le 28, l'expectoration est muqueuse, incolore; le malade est dans l'état le plus satisfaisant; le pouls offre 50 pulsations. (Prescription : Oxide blanc 1 gros.)

Le 29, la respiration est pure ; le pouls bat 60 fois par minute ; les crachats sont muqueux, légèrement jaunes, cependant la convalescence est évidente. (Prescription : Oxide blanc demi-gros; 2 demi-potages. On augmente progressivement les alimens, et l'on supprime les médicamens.)

Sorti le 31.

Comme en définitive toute méthode de traitement doit être jugée par ses résultats, nous ne pouvons mieux terminer ce travail que par le relevé de pneumoniques traités à l'Hôtel-Dieu par les antimoniaux à haute dose. Si le chiffre total ne paraît point assez élevé pour permettre de porter un jugement définitif, il suffira toutefois pour donner une idée du traitement dont il s'agit et des bienfaits qu'on en peut espérer. Depuis 1831, quatre-vingt-un pleuro-pneumoniques ont été traités ; huit ont succombé, savoir : 1° une femme de 71 ans, entrée le onzième jour de la maladie et traitée pendant quarante-huit heures; 2° un homme de 40 ans, entré au cinquième jour de l'invasion et traité pendant cinq jours; 3° un homme de 39 ans, entré au dixième jour, dans un état de suffocation imminente, et traité pendant vingt-quatre heures; 4° une femme de 64 ans, entrée au dix-huitième jour et morte après huit heures de traitement; 5° une femme atteinte de pneumonie ataxique, morte au bout de cinq jours de traitement (observation n° 6); 6° un homme de 69 ans, et qui a succombé au bout de six jours de traitement; 7° un homme de 58 ans, qui avait d'abord guéri, et qui, s'étant exposé au froid, a eu une rechute pendant laquelle il a été enlevé au deuxième accès d'une fièvre pernicieuse; la pneumonie n'occupait pas un espace de plus de deux pouces cubes au sommet du poumon gauche; 8° une femme de 33 ans, affaiblie par deux affections de poitrine qu'elle avait essuyées à deux ans de distance, fut enlevée au bout de quarante-huit heures de traitement par une pleuro-

pneumonie double, compliquée de symptômes d'ataxie. Si de ce nombre on retranche les troisième, quatrième et septième malades, arrivés dans un état vraiment désespéré, et qui ne peuvent entrer en ligne de compte, on aura, sur un total de soixante-dix-huit, cinq décès; c'est un sur un peu plus de quinze.

En résumé, sous l'influence du traitement antimonial pur, la chaleur fébrile diminue d'une manière appréciable, dans la pluralité des cas, au bout de 24 heures; la viscosité et la teinte rouillée de l'expectoration disparaissent du 2e au 3e jour. La diminution du nombre et de l'intensité des pulsations artérielles se fait sentir dès le 2e jour, et il est rare que le 5e ou 6e le pouls ne soit pas descendu au-dessous du type normal, si les malades sont tenus à une diète sévère; nous l'avons vu plusieurs fois tomber au-dessous de 40 pulsations par minute. Ce phénomène si remarquable ne s'observe que chez les jeunes hommes; nous n'avons jamais vu le pouls s'abaisser au-dessous de 56 pulsations chez les sujets âgés de plus de 40 ans. Pour les mouvemens respiratoires, le ralentissement est un peu plus longtemps à se manifester. Nous avons fait remarquer plus haut que le mieux-être des malades, la suppression de la fièvre et des signes extérieurs de la pneumonie, précèdent de quelques jours la disparition entière des signes stéthoscopiques; ce qui permet de concevoir *à priori* que la diminution du nombre des mouvemens respiratoires doit être en raison directe de la disparition de l'engorgement pulmonaire. C'est aussi ce que nous avons observé en suivant la décroissance de la maladie avec attention; aussi, ce n'est que du 6e au 8e jour du traitement que la diminution des mouvemens respiratoires est bien marquée.

LITHOTRITIE.

Deuxième compte-rendu du service des calculeux à l'hôpital Necker, lu à l'Académie des Sciences, le 22 août 1832, par M. le docteur Civiale.

Calculs d'oxalate de chaux. — Lithotritie chez les enfans. — Calcul engorgé dans l'urètre. — Introduction volontaire de petits calculs dans la vessie.

J'ai eu l'honneur, il y a déjà quelque temps, de mettre sous les yeux de l'Académie les résultats du traitement des calculeux à l'hôpital Necker pendant la première année de mon service. Mon but aujourd'hui est de présenter un exposé sommaire des faits les plus remarquables qui y ont été observés pendant les deuxième et troisième années. Mais je dois d'abord faire remarquer que, dans cet espace de temps, le service des calculeux a été interrompu, d'abord par les événemens de juillet, qui remplirent les hôpitaux de blessés, et ensuite par le choléra, qui a fait changer temporairement la destination de la plupart des services dans ces établissemens. Malgré ces interruptions de plusieurs mois, j'ai traité à l'hôpital Necker 74 nouveaux malades; ils offraient tous les signes rationnels de la pierre: 41 ne l'avaient cependant pas. De 36 qui étaient réellement calculeux, 20 ont été opérés par la lithotritie; ils sont guéris. Quatre ont été taillés, deux sont morts; les deux autres sont guéris. De 12 qui n'ont pas été opérés, 6 sont morts, et 6 ont conservé la pierre. Sur plusieurs malades non opérés, quelques essais de la lithotritie étaient devenus nécessaires pour s'assurer que cette opération n'était pas possible.

Plusieurs de ces nouveaux faits ont offert des particularités qui intéressent la science. Je ferai connaître les principales.

Lorsqu'un malade souffre depuis long-temps de la pierre, le raisonnement, d'accord avec l'expérience, fait présumer que le calcul est volumineux et qu'il a produit des altérations organiques profondes. Heureusement, cette règle générale n'est pas sans exceptions. J'en ajouterai une à celles que l'on connaît déjà. Un réfugié espagnol, nommé Gaillardo, âgé de 23 ans, souffrait de la pierre depuis environ 20 années. A l'âge de 5 ans, il rendit un petit calcul, mais ses souffrances furent à peine interrompues, et sa jeunesse se trouvait ainsi partagée entre les vicissitudes de la fortune et les angoisses d'une maladie effroyable. A la fin, les douleurs devinrent tellement vives, que malgré sa répugnance jusqu'alors invincible pour toute espèce d'opération, il se décida à quitter l'Angleterre pour venir à Paris se soumettre à l'emploi de la lithotritie. La pierre était volumineuse et formée d'oxalate de chaux; mais les organes étaient encore sains, et la santé générale bonne. Aussi, l'opération a eu tout le succès qu'on en attendait.

On croit généralement que les pierres d'oxalate de chaux sont toujours dures, et que cette circonstance doit souvent faire renoncer à la lithotritie. C'est encore une erreur que la pratique vient constater. J'ai vu plusieurs de ces pierres murales excessivement friables, et qui ont été écrasées avec la plus grande facilité. Un de ces cas s'est présenté récemment dans le service des calculeux. Le malade souffrait depuis environ deux ans; ses douleurs, toujours progressives, étaient devenues excessivement aiguës. Dans la première séance de lithotritie, la pierre, quoique volumineuse, fut réduite en fragmens, dont une grande quantité fut expulsée avec les premières urines; ils étaient entièrement noirs, bosselés, mais légers. Deux séances, en tout un traitement de quinze jours, ont suffi pour opérer cette guérison, et la santé générale n'a pas éprouvé le plus léger dérangement.

L'exiguïté des organes génito-urinaires chez les enfans avait fait penser que cette classe intéressante de malades ne pourrait pas profiter des avantages que présente la lithotritie. Heureusement on est parvenu à construire des instrumens au moyen desquels on peut broyer une petite pierre aux enfans très-jeunes, et déjà plusieurs ont été opérés avec le plus grand succès. Il est constaté néanmoins que l'emploi de la nouvelle méthode, dans ces cas, présente quelquefois de grandes difficultés. Il convient même d'y renoncer quand la pierre est volumineuse; c'est ce qui m'a conduit à l'emploi d'une opération spéciale, résultat de la combinaison des deux méthodes, la taille et la lithotritie, combinaison dont le succès est basé sur une disposition anatomique du col de la vessie. Cette partie est très-dilatable chez les enfans; on peut y introduire sans difficulté et presque sans inconvénient un instrument de plus de trois lignes. Il suffit de faire au périnée une incision connue sous le nom de boutonnière, et qui intéresse les tégumens, les tissus sous-jacens et la partie membraneuse de l'urètre. On obtient par là une voie large, directe, en partie naturelle et en partie artificielle, et qui permet d'introduire dans la vessie

un instrument ordinaire par l'emploi duquel une pierre telle qu'on les trouve chez les malades de cet âge peut être morcelée en quelques instans. Cette combinaison, approuvée par quelques chirurgiens, rejetée par d'autres, offre dans quelques cas des avantages incontestables; elle a été employée avec le plus grand succès chez l'un des malades qui ont été opérés à l'hôpital Necker. Quelques détails sur ce fait pourront intéresser.

Calcul chez un enfant de 11 ans. — Lithotritie. — Fragmens de pierre dans l'urètre; incision de l'urètre. — Guérison.

Obs. I. — Laporte, âgé de 11 ans, mais ne paraissant pas en avoir plus de 6, tant il était faible et peu développé, souffrait depuis sa naissance. La pierre était volumineuse, la vessie considérablement distendue, s'élevait jusqu'à l'ombilic; l'urine ne sortait que par regorgement. L'urètre était excessivement irritable; l'introduction de la sonde produisit une sueur abondante et des mouvemens convulsifs; cependant on ne découvrit aucun indice de lésion organique profonde. Les parens de cet enfant ne voulaient pas entendre parler de la taille; le petit malade lui-même la repoussait avec force. Essayez le broiement, me dit-il plusieurs fois; vous serez toujours à temps de recourir à cette opération qui me fait frémir. C'est ce qui me détermina à faire une tentative de lithotritie. Après avoir diminué l'irritabilité de l'urètre par un traitement spécial, la pierre fut saisie et attaquée par deux points; il n'y eut aucun accident consécutif, et six jours après, l'opération fut reprise. J'étais fixé sur le volume et la dureté de la pierre; mais j'avais à redouter la longueur du traitement et l'influence de l'atonie musculaire de la vessie pour l'expulsion des fragmens. Mes craintes étaient fondées. Plusieurs parcelles de pierre, trop faiblement poussées par la vessie, s'arrêtèrent dans l'urètre; quelques-unes furent extraites et d'autres repoussées dans la vessie; mais ces manœuvres fatiguaient le canal et produisaient des douleurs qui auraient pu altérer la santé de Laporte. C'était le cas de recourir à la combinaison des deux méthodes. Après avoir divisé, sur la ligne médiane, les tissus qui forment le périnée, on ouvrit la partie membraneuse de l'urètre; il devint facile d'extraire le fragment de pierre arrêté dans cette partie et immédiatement après, d'introduire dans la vessie par la même voie un instrument de trois lignes au moyen duquel le restant de la pierre fut écrasé en quelques instans; les fragmens sortirent par cette voie; et avant de laisser fermer la plaie, je me suis assuré que la vessie ne contenait plus de pierre. Une seconde exploration, faite quelque temps après par l'urètre, m'a donné la certitude que la guérison était complète. Cet enfant jouit depuis de la meilleure santé.

On a vu dans le service des calculeux un des cas les plus remarquables dont les annales de la chirurgie fassent mention.

Quatorze petits calculs dans la vessie. — Introduction volontaire de ces calculs dans l'urètre.

Obs. II. — Une fille âgée de 24 ans s'est présentée avec une série de phénomènes morbides dont la cause fut d'abord méconnue et qui étaient produits par des corps étrangers dans la vessie. Une première exploration me laissa dans le doute; mais je fus frappé des cicatrices nombreuses et étendues qui existaient à la région hypogastrique et à la partie interne des cuisses. La malade m'apprit alors qu'elle souffrait depuis environ trois ans, qu'elle avait déjà subi l'opération de la taille, et que les accidens ayant persisté après l'extraction de la pierre, on lui avait appliqué des ventouses, des cautères et même un large séton à la partie inférieure du ventre, traitement qui dura plus de six mois. Enfin, qu'après quinze mois d'un état assez satisfaisant, les accidens avaient reparu avec une intensité progressive. Besoins fréquens d'uriner, difficulté, impossibilité même de les satisfaire; sensation pénible après avoir uriné, fatigue, hématurie; douleurs par suite des exercices du corps, de la marche surtout; souffrance permanente dans les régions lombaire et sacrée, et finalement dans le trajet de l'uretère du côté droit; trouble manifeste dans la sécrétion de l'urine, altération de ce fluide. Ces symptômes et les circonstances qui les avaient précédés donnaient de fortes probabilités sur l'existence d'un corps étranger dans la vessie. J'en acquis bientôt la certitude et je retirai successivement quatorze calculs, dont plusieurs ont de 9 à 11 lignes dans leur plus grand diamètre; mais nous fûmes surpris à leur aspect; ils différaient essentiellement de ceux qu'on trouve dans les réservoirs urinaires. A leur forme irrégulière, à leur couleur brillante, à leur dureté excessive, et surtout à la propriété de rayer le verre et de faire feu par la percussion, nous reconnûmes qu'ils étaient en grande partie formés par la silice, ce que l'analyse chimique a constaté. Quoiqu'on ait trouvé cette substance dans les calculs urinaires, ceux-ci ont des caractère tels, qu'il ne serait pas rationnel de penser qu'ils se sont formés dans la vessie. Il n'est pas douteux, au contraire, qu'ils y ont été introduits par l'urètre; mais nous sommes restés dans l'incertitude sur la manière dont l'introduction s'est faite. La malade a su rendre inutile toutes les épreuves auxquelles elle a été soumise à ce sujet pendant plusieurs mois qu'elle a passés à l'hôpital Necker, où elle a été surveillée avec la plus grande attention. Du reste on a observé chez cette malade de grands désordres dans les fonctions en général, et spécialement dans la sécrétion et l'évacuation de l'urine. Ce fluide, tantôt excessivement rare, tantôt très abondant, indiquait presque toujours un état catarral de la vessie. Ce viscère n'a recouvré que long-temps après la propriété d'expulser naturellement l'urine. Les injections froides, les irrigations, les dérivatifs qui réussissent ordinairement dans ces cas, ont été dans celui-ci long-temps sans effet. Les autres fonctions participaient à ce désordre; l'appétit était souvent nul, la circulation altérée; la menstruation dérangée; il y avait une atonie considérable de l'appareil musculaire en général.

Quelque bizarrerie que prouve ce fait, on ne peut élever aucun doute sur les manœuvres par lesquelles cette femme a introduit elle-même ces pierres dans sa vessie par l'urètre. Certainement elle n'y est parvenue qu'après des tentatives réitérées et par des souffrances plus ou moins vives, et même après certains efforts; car il était bien plus difficile de les introduire que de les extraire, et pour les plus grosses, il a fallu de fortes tractions pour leur faire franchir l'urètre; deux fois les douleurs ont été excessivement aiguës. J'ajouterai que nous avons essayé en vain d'introduire quelques-uns de ces calculs dans l'urètre de femmes mortes, même après

avoir dilaté le canal autant qu'il est susceptible de l'être. En effet quelques-uns de ces calculs ont près d'un pouce de longueur et 8 lignes de largeur. D'autres plus arrondis ont de 7 à 8 lignes de diamètre. Certainement des femmes ont rendu des calculs plus volumineux par l'urètre ; mais je le répète, il est incomparablement plus difficile de les introduire que de les extraire. Quoique l'urètre de cette femme fût très-large, il fut impossible d'introduire le doigt, qui est beaucoup plus petit que les calculs extraits.

Du reste cette femme était jeune, fortement constituée, sans aucun indice d'altération mentale. A dater du moment où le premier calcul fut extrait, mon opinion était arrêtée sur la nature de la maladie ; j'ai paru croire néanmoins tout ce qu'elle racontait de l'opération qu'elle avait subie, des difficultés qu'on avait rencontrées, et enfin de toutes les sensations qu'elle avaient éprouvées dans cet espace de trois ans. Mais lorsqu'elle sut qu'on n'était pas dupe de son stratagème elle témoigna beaucoup d'indignation et chercha par toutes sortes de moyens à repousser des soupçons qui lui paraissaient injurieux. Peu de jours après elle sortit de l'hôpital.

Quant aux motifs qui ont porté cette malheureuse à une action si extravagante, ils sont aussi incompréhensibles que la plupart de ceux qui produisent les maladies simulées en général. Dans ce cas, toutefois, les motifs sont encore plus inexplicables en raison des difficultés et des douleurs résultant de l'exécution même de ce projet insensé, et surtout en raison de la récidive, après des accidens aussi graves à la suite de la première introduction.

La plupart des malades traités par la méthode du broiement ont offert des particularités, et ont fourni aux assistans l'occasion de suivre le traitement dans toutes ses phases, dans toutes ses périodes, d'apprécier les difficultés tant exagérées que présente, dit-on, l'application de la lithotritie, ainsi que les moyens proposés pour les faire disparaître; enfin de réduire à leur juste valeur les inconvéniens et les reproches sans fondement qu'on ne cesse d'attribuer à la nouvelle méthode. Ici les faits parlent et les faits sont les véritables juges dans les questions de cette nature.

Sous le rapport des progrès de la science, les nouveaux faits confirment ce que d'autres faits plus nombreux et plus anciens ont établi, plus de précision, plus de justesse dans les moyens d'exploration, plus d'exactitude dans les données acquises, plus de certitude dans le diagnostic de la maladie, le choix et l'application des moyens curatifs.

Ce ne sont pas seulement les malades soumis à l'emploi de la lithotritie qui ont profité de ces perfectionnemens déjà assurés à cette partie de la chirurgie. Ces perfectionnemens ont été d'une grande utilité dans des cas où les moyens ordinaires laissaient le praticien dans le doute. Il me suffira de parler d'un malade chez lequel on croyait sentir la pierre par le cathétérisme ordinaire. Une exploration au moyen des instrumens de la lithotritie m'a donné la conviction que la pierre n'existait pas ; dois-je ajouter que ce malade a été ailleurs, qu'il a subi l'opération de la taille, et qu'on n'a pas trouvé de pierre? Je me borne à indiquer ces faits, sur lesquels j'aurai bientôt l'occasion d'appeler de nouveau l'attention de l'Académie. Cependant la cystotomie continue d'offrir des ressources qu'un chirurgien doit savoir utiliser. Chez les enfans cette méthode mérite souvent la préférence ; chez l'adulte et même chez le vieillard, il faut quelquefois y recourir lorsque la maladie est trop avancée, que la vessie contient un grand nombre de calculs, ou bien une grosse pierre, dont la destruction exigerait un long traitement et des applications nombreuses de la lithotritie, lorsque surtout l'état des organes réclame les moyens prompts, fussent-ils énergiques. Ainsi il faut recourir à la taille, tantôt par préférence, tantôt par nécessité.

Chez l'un des malades soumis à l'emploi de la cystotomie, j'ai obtenu un succès inespéré par l'application d'un moyen auquel j'ai recours depuis plusieurs années pour borner les infiltrations urinaires, lorsque la pratique ordinaire est insuffisante. Ce moyen consiste à faire une large incision aux tégumens et au tissu cellulaire du périnée pour l'écoulement des fluides épanchés, et d'ouvrir la partie membraneuse de l'urètre afin de donner une issue facile à l'urine et de prévenir par là un nouvel épanchement.

Le traitement des malades chez lesquels la pierre n'existait pas m'a mis à même de faire quelques observations utiles; mais je craindrais d'abuser des momens de l'Académie. Ces remarques feront le sujet d'une communication spéciale.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Cas de choléra bleu observé le 18 juin dans le service de M. le professeur Chomel, par M. Sestié, D.-M. P., chef de clinique de la faculté à l'Hôtel-Dieu.

Quelques cas de choléra bleu se sont manifestés depuis plusieurs jours dans la capitale Il ne faudrait pas en inférer qu'un retour d'épidémie nous menace; car, depuis six semaines environ, on a observé presque constamment des cas isolés de la même maladie, à huit ou dix jours d'intervalle. L'observation qu'on va lire, relative à un de ces cas, recueillie il y a deux jours à l'Hôtel-Dieu, prouvera d'ailleurs que le mal ne s'offre point avec l'ensemble des caractères qu'il présentait dans le cours de l'épidémie. Le retour de quelques cas rares de choléra asiatique tend tout au plus à prouver qu'il se naturalisera en France comme dans tous les pays où il a régné épidémiquement.

M.***, âgé de 19 ans et demi, cordonnier à Paris depuis un an, habite rue du faubourg Saint-Denis, n. 218, une petite chambre humide située au rez de chaussée ; il a été affecté au mois de mai 1832 d'une cholérine assez intense; sa santé a d'ailleurs été habituellement bonne, sa constitution est assez forte. Mercredi dernier (12 juin), après avoir travaillé et pris son repas comme à l'ordinaire, sans avoir commis les jours précédens aucun excès de quelque genre que ce soit, il éprouve à 3 heures de l'après-midi une céphalalgie intense et un abattement subit qui le mettent dans la nécessité de se coucher immédiatement. Le lendemain (13 juin), surviennent de vives coliques, deux vomissemens de matières verdâtres, des évacuations alvines nombreuses d'un liquide jaunâtre; ces symptômes persistent; le 14, des crampes occupant les deux jambes s'ajoutent aux symptômes précédens et persistent avec eux les 15, 16 et 17; en outre l'urine, qui était diminuée depuis l'invasion de la maladie, se supprime entièrement. Dans la nuit du 17 les accidens augmentent d'une manière rapide, les crampes

s'étendent aux membres supérieurs, et le malade est apporté à l'Hôtel-Dieu le 18, et couché dans la salle Sainte-Madeleine, au n° 16.

Entré à 10 heures du matin et examiné immédiatement, il offre l'état suivant : face d'un bleu violacé surtout aux pommettes, froide, profondément altérée; yeux profondément rentrés dans l'orbite et largement cernés; extrémités thoraciques et abdominales froides; ongles d'un bleu foncé; chaleur peu élevée dans les autres régions superficielles du corps; dents couvertes d'un enduit visqueux grisâtre; langue humide et froide; haleine froide; soif peu vive; pas de vomissemens depuis la veille au soir; douleur et oppression épigastrique; coliques vives qui forcent le malade à changer souvent de position; selles sans nombre, involontaires et composées d'un liquide légèrement trouble, un peu coloré en jaune, répandant une odeur analogue à celle que répandaient les matières blanchâtres rendues par les malades au plus fort de l'épidémie, mais d'une intensité beaucoup moindre. — Pouls radial absolument nul, pouls brachial ou carotidien très-accéléré et filiforme; battemens du cœur presque insensibles. Poitrine sonore dans toute son étendue; mélange de râles sous-muqueux, de ronchus grave, et surtout de râle sibilant dans toute l'étendue des poumons; point de toux, point d'expectoration, point de douleur thoracique, pas de sensation d'étouffement, respiration un peu accélérée, mais facile; voix petite, cholérique; réponses nettes et promptes, insomnie presque complète depuis cinq jours environ; douleurs vives avec quelques crampes dans les membres inférieurs et depuis le matin seulement dans les supérieurs; urine entièrement supprimée depuis trois jours.

Prescription. — (Eau de Seltz glacée; pilules d'extrait de ratanhia et d'extrait aqueux d'opium; lavemens composés des mêmes substances, frictions avec l'huile de camomille camphrée; frictions sèches sur les membres; sinapismes aux pieds; vésicatoire rachidien de huit pouces de longueur sur trois de largeur.)

L'état du malade s'aggrave rapidement et la mort a lieu à onze heures et demie du matin; 1 heure et demie après l'entrée du malade à l'hôpital.

Nécropsie faite le 19, 24 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Raideur cadavérique fortement prononcée, couleur violacée bleuâtre des tégumens et principalement des lèvres et des ongles; yeux profondément excavés, entr'ouverts; la partie inférieure de la sclérotique est affaissée, sèche, jaunâtre et demi-transparente.

Appareil nerveux. — Veines de la tête remplies d'un sang noir; congestion très-intense des sinus de la dure-mère; ainsi que des vaisseaux sous arachnoïdiens; sécheresse remarquable de l'arachnoïde pariétale et de l'arachnoïde viscérale; légère suffusion sanguine sous-arachnoïdienne et seulement au niveau des lobes antérieurs du cerveau; la substance corticale présente une nuance lilas dans la moitié interne de son épaisseur; la substance médullaire offre un piqueté noirâtre; 3 ou 4 cuillerées de sérosité incolore existent dans chaque ventricule latéral; le cervelet présente le même état que le cerveau. Le rachis n'a pas été ouvert.

Appareils digestifs. — Pharynx et œsophage sains. Tout le système des veines abdominales est gorgé de sang noir; la surface extérieure de l'intestin offre une teinte d'un rose violacé, disséminée assez irrégulièrement; l'intestin, et plus spécialement le jéjunum, offre un toucher pâteux; toute la surface péritonéale, remarquablement sèche, colle fortement aux doigts. L'estomac, de médiocre volume, contient deux ou trois cuillerées de matière brunâtre et visqueuse; il présente de nombreuses rides, une rougeur piquetée, du mamelonnement vers sa région pylorique, sans changement dans l'épaisseur, dans la consistance de sa muqueuse, sans développement anormal de ses follicules. L'intestin grêle renferme une matière liquide, jaunâtre; le jéjunum offre à un haut degré une apparence veloutée, d'un blanc mat, produite par les villosités intestinales, devenues blanchâtres; ce caractère est beaucoup moins marqué dans l'iléum. Les plaques de Peyer sont un peu tuméfiées et rougeâtres; les follicules de Brumer, dans toute l'étendue de l'intestin grêle et de la plus grande portion du gros intestin, sont tuméfiés et d'un blanc mat; ces lésions se trouvent surtout dans les quatre ou cinq derniers pouces de l'iléum et près la valvule iléo-cœcale, où leur blancheur mate fait un constraste frappant avec la coloration grisâtre de la muqueuse; celle-ci offre en certains points une rougeur arborisée et fine qui entoure plusieurs follicules d'un cercle coloré en rouge vif; d'ailleurs aucune altération dans l'épaisseur et la consistance de cette membrane. Le gros intestin, légèrement étranglé d'espace en espace où la muqueuse est plissée, renferme un liquide blanchâtre et opaque; sa muqueuse et ses follicules offrent les mêmes modifications que l'intestin grêle. Glandes mésentériques, violacées à leur surface et dans leur épaisseur. Foie un peu foncé en couleur, présentant des plaques blanchâtres et irrégulières à sa surface extérieure; ses veines sont remplies de sang noir. Vésicules du foie petites, remplies de bile peu épaisse et colorée en jaune verdâtre foncé. Pancréas injecté. Reins d'une teinte violacée et foncée à l'extérieur et à l'intérieur. Vessie d'un très-petit volume, contractée et appliquée contre la partie inférieure et postérieure des pubis; ses parois sont très-épaisses, sa cavité renferme une demi-cuillerée à café au plus de mucus insolite.

Appareil de la circulation. — Péricarde contenant trois grandes cuillerées de sérosité citrine; cavités du cœur, les droites surtout, renfermant des caillots noirs, poisseux, de la consistance de la gelée de groseille trop cuite. L'aorte et ses principales branches contiennent du sang liquide noir; les parois n'en sont nullement colorées; les grosses veines surtout sont gorgées de sang noir et poisseux.

Appareil de la respiration. — Ecume bronchique, abondante; teinte violacée de la muqueuse des bronches et de la partie inférieure de la trachée artère. — Les poumons ne sont engoués dans aucune partie de leur étendue; distendus comme s'ils avaient été fortement insufflés, ils font saillie à travers l'ouverture pratiquée au thorax et recouvrent presque entièrement la région thymique, ainsi que le cœur. Outre l'emphysème vésiculaire général que ces organes présentent, l'on observe principalement à leur bord antérieur, au pourtour de leur base et sur cette dernière, de l'emphysème interlobulaire à grosses bulles. Les plèvres n'offrent que quelques anciennes adhérences situées en dehors et principalement à droite.

N. B. Nous avons publié dans tous ses détails le cas de choléra qu'on vient de lire, pour qu'il fût

possible de le comparer avec ceux qui ont été observés dans le cours de l'épidémie de l'année dernière et avec le choléra sporadique, afin de savoir s'il ne participe pas de ces deux affections à la fois.

VARIÉTÉS.

Liniment antispasmodique stimulant.

Le docteur Fahnestock dit avoir retiré de grands avantages de l'emploi d'un liniment qui paraît même avoir reçu son nom dans la contrée qu'il habite, et dont nous donnons ici la composition.

Prenez : Esprit de corne de cerf, Huile d'olive, Teinture d'opium, Huile d'origan, } 1 once.

On en fait chauffer dans un vase clos une cuillerée que l'on applique sur la partie, qui est ensuite recouverte d'une flanelle chaude. Cette application est répétée de vingt en vingt minutes.

C'est surtout dans les cas de douleurs rhumatiques et spécialement dans le rhumatisme musculaire, dans la pleurodynie, et à la suite des entorses que ce liniment paraît avoir eu le plus d'efficacité.

Quelquefois M. Fahnestock n'y met que la moitié de la quantité d'origan indiquée ci-dessus, parce que la préparation pourrait être trop irritante pour une surface très-délicate. Dans quelques cas il a obtenu des effets de vésication assez énergiques.

GAZETTE DU 29. N° 53.

MÉDECINE PRATIQUE.

Principe général et inductions pratiques relatives à la convalescence dans les maladies aiguës.

La convalescence est aussi une maladie.
(BORDEU, *Recherches sur le pouls.*)

On lit à la fin de la plupart des observations : les douleurs se calmèrent, les symptômes disparurent et le malade entra en convalescence.... puis tout est dit; l'observateur s'arrête là. Mais atteindre la convalescence, est-ce donc arriver à la santé? le malade est-il guéri? n'a-t-il plus rien à craindre ni à espérer? doit-il un coq à Esculape? Il s'en faut beaucoup que les choses se passent ainsi. Quand la maladie a été grave, longue, dangereuse, tous les organes ont souffert, chacun d'eux est empreint de langueur, d'épuisement et d'atonie; aussi les fonctions sont-elles faibles et sans harmonie; la chaleur est sensiblement diminuée, le sommeil est souvent nul, toujours léger, interrompu; la peau est pâle, froide, parfois bouffie, surtout aux pieds, car la partie séreuse du sang prédomine de beaucoup sur la fibrine, les traits profondément altérés annoncent de longues souffrances; la locomotion est difficile, pénible, car les muscles distendus, sans ressort, rendent le corps extrêmement lourd, malgré sa maigreur. Quoique nettes, les idées sont faibles, le convalescent a peine à les lier, il est hors d'état de suivre un raisonnement un peu abstrait, ce qui le rend incapable de toute application de l'intelligence; enfin tout prouve que les sources même de la vie ont été atteintes et que le désordre a été extrême. Rendre à l'économie son énergie primitive, aux fonctions leur équilibre, leur action normale, tel est le problème dont la solution va nous occuper, solution souvent très-difficile par des circonstances qu'il faut mûrement examiner et approfondir.

Remarquons d'abord que ce qui caractérise la convalescence, ce qui en dessine le tableau, n'est pas un bloc de symptômes sans relation causative. Loin de là, ces symptômes tiennent à deux causes principales, l'excitation violente qui a précédé, fébrile ou non, et la privation d'alimens. L'excitation tumultueuse et morbide n'existe plus; il convient maintenant de rendre des alimens au convalescent; il faut en un mot refaire du sang pour refaire des forces. C'est donc à l'estomac qu'il faut s'adresser; c'est là le point d'où l'on doit partir. On ne trouve à cet égard, dans les livres, que des règles banales; mais des principes fixes, de base invariable, qui servent dans tous les cas, n'en cherchez pas, vous chercheriez en vain. Tâchons d'éviter ce sentier routinier par l'étude même des phénomènes qui se présentent.

Qu'arrive-t-il dans l'économie lorsqu'un organe malade a été long-temps privé de ses excitans naturels? Sa tonicité diminue et sa sensibilité augmente, en admettant toutefois qu'il n'y a pas de lésion organique. Or, cet effet a particulièrement lieu pour l'estomac des convalescens; la contractilité de ce viscère a beaucoup diminué, tandis que sa sensibilité et l'excitabilité ont singulièrement augmenté, et plus la maladie précédente a été longue et grave, et plus on observe l'état organique dont nous venons de parler; bien plus encore, si cette maladie a eu son siége principal dans l'appareil digestif, comme les dyssenteries à tous les degrés, et surtout le choléra-morbus. Posons donc comme fixe, comme incontestable, le principe suivant, que :

Dans toutes les convalescences, l'estomac et les intestins présentent la sensibilité en plus, la contractilité en moins.

Ce défaut d'équipollence entre deux propriétés vitales dont l'harmonie constitue la santé, explique merveilleusement les phénomènes de la convalescence. D'une part, comme tenant à la sensibilité, cette faim hâtive, tourmentante, insupportable et caractéristique de cet état; de l'autre, si ce besoin est trop complétement satisfait, les pesanteurs d'estomac, le gonflement abdominal, les flatuosités, les digestions laborieuses, enfin les diarrhées qui ne prouvent que trop combien la force tonique de l'appareil digestif est hors de proportion avec la sensibilité. Cela est si vrai que chez les personnes en santé, mais qui ont naturellement l'estomac faible, délicat, il y a toujours un excès de sensibilité de cet organe. Au contraire, chez les personnes dont l'appareil digestif est robuste, la sensibilité est assez obtuse, mais la contractilité est telle, qu'aucun aliment n'est réfractaire à l'action stomacale. Aussi, selon l'expression de ces individus, ils ne sentent jamais leur estomac. Ainsi la contractilité de ce viscère, sa force tonique fibrillaire, sont le principe essentiellement digérant, le véritable archée, ce maître de l'estomac, qui change le pain en sang, comme disaient Paracelse et Vanhelmont.

La donnée que nous avons émise étant adoptée,

l'indication pratique se présente bientôt, aussi claire que formelle. Diminuer la sensibilité de l'estomac, augmenter sa tonicité, et par suite donner aux digestions leur élaboration complète. L'évidence de cette indication ne souffre point de contestation; quant aux moyens de la remplir, ils ne sont pas aussi efficaces qu'on le croirait d'abord. Qu'un homme encore jeune, robuste, doué d'un appareil digestif sain, arrive à la convalescence, après une maladie plus ou moins grave, son rétablissement sera prompt. A moins d'écarts de régime par trop marqués, la force digestive reprend bientôt toute son énergie; encore faut-il surveiller la faim dévorante qui se manifeste chez certains individus qui, se gorgeant d'alimens sans choix ni mesure, font de leur estomac un véritable chaudron de Macbeth, selon l'expression d'un médecin anglais. Mais si le convalescent est naturellement délicat, nerveux, irritable, comme il arrive souvent parmi les gens de lettres, les artistes, etc.; si chez lui les forces digestives ne sont pas énergiques, même dans l'état de santé, si le sujet est déjà d'un certain âge, s'il est travaillé par le chagrin et les affections tristes, attendez-vous à une convalescence longue et pénible. Vous croirez toucher au but et tout à coup vous en serez brusquement écarté. Pendant ce temps l'économie du convalescent languit et souffre, le sang s'appauvrit, se répare peu et mal; il reste pâle, séreux, sans plasticité. Plus cet état se prolonge, plus la sensibilité gastrique et même la sensibilité individuelle se prononce; car « le sang est le modérateur des nerfs », et ce vieil axiome de médecine pratique se vérifie chaque jour par l'expérience clinique.

Au premier aperçu, on croirait qu'il ne s'agit que de donner des toniques et que tout ira bien. Fortifiez l'estomac, dit-on, et la santé est assurée. Sans doute; mais comment fortifier l'estomac? Voilà le problème à résoudre. En effet, il n'est pas de médecin instruit qui, réfléchissant sur sa pratique, n'ait observé une foule de cas où l'estomac étant très-sensible, très-irritable, les digestions n'ont lieu que difficilement, quoi qu'on fasse. Si l'on insiste sur les adoucissans, les calmans, le régime doux et débilitant, la force tonique de l'estomac diminue progressivement. A-t-on recours aux stimulans, un sentiment de malaise et d'irritation gastrique, la soif, la sécheresse de la bouche, prouvent bientôt que l'organe est surexcité et qu'on doit renoncer aux moyens sur l'efficacité desquels on avait trop légèrement compté. Il faut donc beaucoup d'art, beaucoup de soins, de sagacité, d'attention pour savoir la marche à tenir en pareil cas.

La diarrhée est ce qui trompe le plus dans l'état de convalescence; cet accident est-il dû à un reste d'irritation de l'appareil digestif, irritation augmentée par une alimentation disproportionnée dans sa qualité et sa quantité? Dépend-il absolument d'une simple atonie entéro-gastrique? La nette et complète solution de cette difficulté est souvent très-difficile à obtenir. Le tact, la partie divine de l'art de guérir, est souvent le seul guide capable d'aider ici le médecin. Quant aux médecins de l'école physiologique, ils n'hésitent jamais. La diarrhée existe, ils suppriment aussitôt les alimens et mettent des sangsues. Cette pratique est peu rationnelle et dangereuse, car elle va directement contre le principe de physiologie pathologique précédemment exposé. Que si au lieu de se complaire dans la sphère étroite et chimérique des idées spéculatives, on reste sur l'humble et solide terrain des faits bien examinés, on ne tarde pas à se convaincre que dans la plupart des cas de convalescence avec diarrhée, il existe un défaut de force tonique de l'estomac, défaut toujours augmenté par la diète, les boissons délayantes, et bien plus encore par les émissions sanguines. Il importe d'autant plus de bien établir la cause différentielle des diarrhées pendant la convalescence, que la médication et le régime sont tout-à-fait opposés dans l'un et l'autre cas. Quoi qu'il en soit, le principe que nous avons établi n'en est pas moins réel et fondamental, savoir : que dans toute convalescence l'appareil digestif reste dans un état marqué de faiblesse relative et de susceptibilité nerveuse; autrement dit, qu'il y a sensibilité en plus et contractilité en moins, quoique à des degrés différens.

Voyons maintenant les moyens de combattre les conséquences de ce principe. Ces moyens ne doivent être, en général, ni débilitans, ni trop stimulans; leur degré d'excitation doit toujours être calculé sur la sensibilité des organes gastriques. Ainsi la qualité, la quantité des médicamens et surtout des alimens doivent toujours être en proportion exacte avec la force tonique et progressive de l'estomac. En ne perdant jamais de vue le principe dont nous avons parlé, on pourra en tirer les inductions suivantes, inductions servant de base au régime du convalescent.

1re *induction.* — Ne donner d'alimens que ce que l'estomac peut digérer. — Qu'on se garde bien surtout de proportionner l'alimentation à la faim du convalescent. Celle-ci est le cri de l'organe souffrant, mais ce cri est trompeur; la force contractile ou digestive de l'estomac n'y répond pas. Selon un proverbe vulgaire, ce n'est pas ce qu'on mange qui nourrit, c'est ce qu'on digère. Rien de plus juste, de plus sensé, de plus médical. On s'assure qu'on n'est pas sorti de cette règle prudente, lorsqu'on voit les forces se ranimer de plus en plus et sans interruption. En général, dans une bonne et franche convalescence, il ne doit y avoir, pendant la digestion, ni pesanteurs à l'estomac, ni flatuosités répétées et incommodes; le convalescent doit éprouver un sentiment de bien-être après l'ingestion des alimens. La défécation doit surtout fixer l'attention. Si les matières excrétées sont en petite quantité, bien moulées, s'il y a même un peu de constipation, la convalescence marche bien. Mais lorsque cet ensemble rassurant de phénomènes n'existe pas, prenez garde; la convalescence est trompeuse; des accidens, et des accidens formidables, ne tarderont pas à se manifester. C'est ce que nous avons fréquemment observé dans la convalescence si longue, si laborieuse du choléra-morbus. En supposant même qu'il n'y ait pas de rechute, une suite d'imparfaites digestions imprime toujours à l'économie un cachet de faiblesse et de malaise tout particulier. La *cacochylie*, selon l'ancienne et très-juste expression, c'est-à-dire la mauvaise élaboration du chyle, ne répare ni le sang, ni les forces, ni l'énergie organique. Proportionnez donc toujours la quantité d'alimens, non à la faim, mais à ce que l'estomac peut complétement digérer, à ce que les organes peuvent assimiler.

2e *induction.* — Manger peu et souvent. — Cette règle malgré son apparence de vulgarité est des plus importantes. Un estomac irritable et faible ne peut supporter ni la diète austère, ni beaucoup d'alimens. Ne satisfaites donc pas sans mesure le besoin impérieux de manger, il est vrai, mais ne con-

nez pas non plus le convalescent au supplice de la faim. Dans ce dernier cas, l'estomac devient tellement susceptible qu'il ne peut plus digérer une quantité même très-médiocre d'alimens. L'auteur de ce travail, convalescent du choléra-morbus, a souvent constaté sur lui-même la vérité de ce principe. Aussitôt que l'estomac réclame avec vivacité, avec force des alimens, il faut sur-le-champ le satisfaire, même la nuit, quoique toujours à petites doses. Mais, dira-t-on, combien de fois par jour faut-il donner à manger à un convalescent? cette question ne sera pas faite par un médecin instruit. Il sait en effet qu'il y a ici une certaine mesure toujours relative aux circonstances de l'état même de l'estomac, de l'âge du sujet, du degré de la convalescence, etc. Le point essentiel est de manger souvent, peu à la fois, dans la juste proportion des forces de l'estomac; puis de bien observer si rien ne trouble l'acte digestif. Certes c'est bien ici le cas d'imiter ce célèbre gastronome qui disait toujours après son dîner : « Voyons que je me rende compte de ce que j'ai mangé. »

3e *induction.* — Soumettre long-temps les alimens à la mastication. — Personne n'ignore que le premier acte de la digestion a lieu dans la bouche : il s'y fait un commencement d'animalisation fort important. Le suc gastrique diffère-t-il même de la salive? Voilà ce qui n'est pas encore démontré a beaucoup près. Il y a deux bonnes choses dans la mastication : les alimens sont coupés, brisés, broyés par le jeu des mâchoires, puis ils sont pénétrés, imprégnés de salive, fluide éminemment gazeux et fermentescible. Or, on conçoit que plus la mastication se prolonge, plus le bol alimentaire sera soumis à cette action, plus aussi, les digestions à venir, stomacale et duodénale seront complètes, le chyle bien élaboré, le sang riche en élémens organiques; la nutrition parfaite, les forces réparées, la santé raffermie. Tibère le savait bien, lui dont le mot est si connu. Il mâchait lentement, long-temps, ruminant en quelque sorte ses morceaux; aussi Auguste son beau-père l'appelait-il : *vir lentis maxillis.* Quiconque mâche peu et avale promptement doit avoir un estomac de fer. Mais souvent un convalescent pressé par la faim se donne à peine le temps de mâcher; de là des indigestions, des diarrhées, une convalescence interminable.

4e *induction.* — Se tenir chaudement pendant la digestion, et surtout les pieds. — Qui ne connaît ce sentiment de froid, de *rigor*, qu'éprouvent les personnes délicates après le repas. Ce phénomène est beaucoup plus prononcé chez le convalescent, où il y a peu de sang et beaucoup de sensibilité. Il est donc important de défendre soigneusement la peau de l'impression du froid et surtout du froid humide. Il faut avoir soin notamment que les pieds ne se refroidissent pas. Le froid aux pieds, si fréquent, si incommode, si dangereux pour les personnes délicates et irritables, est bien autrement pernicieux chez les convalescens. La calorification chez eux n'a pas assez d'énergie pour rayonner du centre circulatoire aux extrémités. Beaucoup de convalescens du choléra ont été long-temps sans éprouver de chaleur aux pieds. Il faut donc absolument y suppléer par des moyens artificiels. Les principaux consistent dans des frictions sèches sur la peau avec une brosse rude, vrai *strigil* des anciens, de bons vêtemens, chauds et légers, des doubles chaussures aux pieds, etc.

5e *induction.* — Choisir les alimens selon les goûts particuliers de l'estomac. — Sans doute selon les goûts particuliers de l'estomac, car de tous les organes de l'économie, c'est le plus capricieux dans ses désirs et ses répugnances; cela tient à des mystères organiques qu'on ne peut ni étudier ni approfondir. Il faut donc s'appliquer à choisir les alimens les plus en rapport avec la tolérance gastrique, et comme la nature ne présente et l'art ne traite que l'individu, il convient souvent d'établir un régime diététique spécial, consulter les habitudes, quand toutefois elles ne sont pas trop essentiellement nuisibles. Il est des personnes qui ne peuvent supporter les alimens gras, trop sucrés, les fruits, les légumes herbacés; d'autres, au contraire, s'en trouvent à merveille. A celui-ci il ne faut que des alimens légers, cet autre en réclame de plus substantiels, même des alimens un peu grossiers qui donnent du poids et du lest à l'estomac (1). On a dit que le meilleur aliment des convalescens était celui qui contenait le plus de matière alibile sous le moindre volume possible; cela est vrai, mais la règle est trop générale. Le pain gastrophile de M. Limet, si recherché à Paris, ne convient pas à tous les estomacs.

Un point important est de varier la nourriture, l'organe en devient plus apte à la digérer. Peu nous importe le mot d'Hippocrate, *alimentum unum et non unum*, qu'il n'y ait ou non qu'un seul principe nutritif. L'essentiel est que la digestion soit parfaite et complète.

J'ai recommandé de varier l'alimentation, mais que ce soit avec prudence. Malheur au convalescent qui, n'écoutant que sa gourmandise, se livre non seulement à son appétit, mais aux caprices de cet appétit! Combien de malheureux cholériques ont succombé pour avoir cédé à des tentations dont les suites ont quelquefois été mortelles! Savoir souffrir la faim et rejeter certains alimens qui plaisent, sont deux conditions d'une bonne convalescence. Non, ce qui flatte le goût, la sensibilité, ne convient pas toujours à l'estomac, le *quod sapit, nutrit*, est souvent un chant de syrène, dont il faut se méfier avec force, avec persévérance.

6e *induction.* — Le changement d'air. Malgré une foule de moyens employés le plus méthodiquement possible, il arrive parfois que le convalescent ne se rétablit point. La contractilité de l'appareil digestif reste faible, inerte, sans qu'on puisse en découvrir la cause. Dans ce cas, le changement d'air produit les plus heureux effets, même lorsque l'atmosphère où était le malade ne laissait rien à désirer pour la salubrité. J'ai vu des améliorations de convalescence obtenues à Paris, en faisant passer le malade d'un quartier à l'autre. Bien mieux encore, si le malade peut aller à la campagne jouir de la paix des champs, respirer un air libre et pur. En général, il y a pour chaque homme une sorte de milieu réparateur et conservateur où il semble vivre mieux et plus; c'est

(1) En 1810, le régiment dont je faisais partie en Espagne arriva de grand matin dans une petite ville de l'Aragon. Comme on n'avait ni le temps ni les moyens de cuire et de distribuer du pain de munition, on fit une réquisition de pain chez les habitans, et on en donna de très-beau et très-blanc une double ration à la troupe. Mais dès le soir même les soldats se plaignaient qu'on les laissait mourir de faim. Eh quoi! dit le colonel à un grenadier, n'avez-vous pas reçu ce matin une double ration de pain? « Cela est vrai, mon colonel, répliqua le vieux soldat, mais *ce pain de mousseline* a passé si vite, que nous ne savons plus où il est. »

là ce que le médecin doit chercher avec soin. Mais on peut dire que toutes choses égales d'ailleurs, ce milieu est à la campagne pour le citadin pâle, énervé, souffrant, épuisé par les travaux, par les passions, par les jouissances ou les maladies.

7° *induction.* — Eviter les affections morales vives. — Travailler au grand œuvre de la digestion, c'est douer de la vie une substance inerte ; il faut donc à la fois veiller sur le corps et l'esprit. Chez un convalescent, l'organisme est si faible, la sensibilité si vive, la susceptibilité si grande, que toute affection morale, même agréable, bouleverse aussitôt la frêle machine ; car remarquons que toute douleur morale retentit inévitablement sur l'estomac et le paralyse. Ce n'est donc pas sans raison que Wepter appelait cet organe *pr ses s stematis nervosi.* (*Cicutæ aquaticæ Historia,* pag. 76.) Quiconque a le cœur serré, comme on dit, n'a jamais bien digéré. Une bonne ou mauvaise, mais subite nouvelle, une lettre, une discussion animée, une légère contrariété, la lecture des journaux, lecture si irritante pour certaines personnes, produisent quelquefois sur-le-champ de graves accidens. Il est connu que la plupart des individus nerveux, irritables, ont un estomac peu actif et digérant mal. En général, la métropathie gastrique peut s'estimer par la mesure de la sensibilité générale, et réciproquement. Cet effet est bien plus marqué encore lorsqu'il y a convalescence, que la susceptibilité nerveuse morbide étant au plus haut degré, exige les précautions les plus soutenues, les mieux dirigées. Il n'est point de médecin à Paris qui, pendant l'épidémie de choléra-morbus de 1832, n'ait observé des convalescences troublées par des causes morales. Notons que les causes étaient parfois légères et nullement en rapport avec les accidens qu'elles déterminaient. J'ai vu des rechutes mortelles pour un vase de porcelaine brisé, pour un bruit importun, pour une lettre insignifiante tombée au feu, etc. Remarquons, en outre, que chez certains sujets les causes morales n'agissent que sourdement; ils savent enfouir leur douleur, dévorer leurs larmes et les refouler à leur source; mais le contre-coup pathologique n'en est pas moins aussi certain que dangereux. C'est au médecin à découvrir ces causes secrètes d'angoisses précordiales, à les éloigner, ou du moins à en émousser le trait, à en affaiblir les effets. Mais pour atteindre ce but, il importe de réunir à la science, à un tact exquis, la connaissance pratique du cœur humain. Donnez de l'espérance, toujours de l'espérance ; soyez-en prodigue, c'est le véritable charme des maladies, *incantatio malorum.*

Cependant on a beau, dans certains cas, combiner avec art tous les moyens de rétablir le convalescent, le rétablissement complet est entravé par plusieurs accidens. Nous n'en mentionnerons que deux ici, parce qu'ils sont les plus fréquens; ce sont la diarrhée et la gastralgie ou entéralgie.

Quand la diarrhée a lieu, il est de toute évidence que la digestion est troublée par une cause quelconque. Est-ce temporairement par un écart de régime, par un froid subit, par une cause morale ? Le malade peut mettre le médecin sur la voie. Existe-t-il dans le canal digestif un ou plusieurs points d'inflammation, d'ulcération, de désorganisation ? enfin, n'y a-t-il que de l'atonie, par défaut de contractilité fibrillaire ? Il est très-difficile, j'en ai déjà fait la remarque, de saisir ici la vérité. Cependant, s'il y a de la soif, si la langue est rouge, l'haleine brûlante, la bouche un peu sèche, surtout après le repas; s'il y a des douleurs sourdes et circonscrites dans l'abdomen, on sera fondé à croire qu'il existe de l'irritation inflammatoire dans l'appareil digestif. Toutefois qu'on se garde bien de mettre le malade à une diète austère, de recourir à de nombreuses et imprudentes *sanguisugies*; on épuiserait complètement les forces, on augmenterait le défaut de contractilité gastro-intestinale, et des années entières ne suffiraient peut-être pas ensuite au rétablissement du malade. La conduite du praticien éclectique doit être mieux calculée. Diminuer et non supprimer la nourriture ; la rendre légère, nutritive et douce, calmer la soif sans permettre d'abondantes boissons, porter sur les enveloppes de l'abdomen et sur les extrémités inférieures une action révulsive soutenue, par l'emploi réitéré des ventouses scarifiées, des cataplasmes sinapisés, des frictions sèches, etc.; puis, quand l'irritation a diminué, recourir à de légers toniques, à une alimentation plus forte, quoique toujours graduée : voilà ce que l'expérience la plus constante a démontré de plus rationnel, de plus efficace. La restauration des forces par l'alimentation, c'est là le but à atteindre.

Si au contraire la diarrhée est passive, sans chaleur à la bouche, sans coliques, sans douleur, sans ténesme, irrégulière, les matières étant plus ou moins liquides, il faut employer des toniques combinés avec les antispasmodiques et toujours à doses fractionnées. Un des meilleurs, quoi qu'on dise, est encore la thériaque, et je suis de l'avis de Borden sur la vieille et solide réputation de ce médicament. Quelquefois son action est rendue plus énergique par l'addition de la poudre de colombo. Le diascordium est souvent utile, mais il est parfois trop stimulant. J'ai vu de ces diarrhées traitées avec succès par une eau alumineuse et laudanisée, par l'acétate de plomb, en commençant par de faibles doses et cessant promptement l'emploi de ce médicament. La formule suivante, due à M. Marc, déjà publiée par plusieurs journaux, nous a souvent réussi.

Prenez :	Extrait muqueux d'opium,	1 grain.
	Poudre de gomme arabique,	2 grains.

Triturez pour obtenir la forme pulvérulente.

Ajoutez :	Poudre de racine de colombo,	1/2 gros.
	Sucre de menthe,	1 gros.

Mêlez et divisez en 6 doses égales. On en donne une prise dans un peu de liquide, à des intervalles plus ou moins rapprochés, selon l'intensité de la diarrhée.

L'usage de couper le vin, qui sera toujours léger, avec une infusion sucrée de tilleul, de feuilles d'oranger ou de camomille ; de boire peu en général ; de ne prendre que des alimens aussi secs que possible, la croûte du pain préférablement à la mie, et même du pain grillé, de satisfaire l'estomac aussitôt qu'il exige des alimens, est aussi très-avantageux.

Les gastralgies et entéralgies sont plus fréquentes qu'on ne croit après les grandes secousses de l'économie, surtout quand le siége de la maladie a été dans le canal digestif. Nous ne parlerons pas des caractères qui font reconnaître cette affection, ce serait sortir de notre sujet. Je dirai seulement qu'un des signes qui ne m'a jamais trompé est l'irrégularité, la bizarrerie même de la maladie. Chaque jour et quelquefois chaque heure, le malade éprouve un état de pire ou de mieux, souvent sans cause connue ou appréciable. Le sentiment de la faim, si poi-

gnant, si aigu quelquefois dans cette maladie, se change tout à coup brusquement en un état de langueur gastrique insupportable.

Dans toute gastralgie, une alimentation trop forte est nuisible, mais infiniment moins qu'un régime trop ténu. La privation totale d'alimens ne peut se tolérer, et les douleurs, les tiraillemens épigastriques ne cessent qu'après l'ingestion d'une certaine dose de nourriture. Il arrive même que si l'on tarde trop, la digestion ne peut se faire et la diarrhée se manifeste. Malheur au malade dont le médecin, observateur superficiel ou systématique, confondrait la gastrite avec la gastralgie. La diète est indispensable dans la première; elle est funeste dans la seconde. Cependant l'alimentation ne suffit pas pour guérir la gastralgie, il faut recourir à des moyens presque spécifiques. Parmi eux, on peut placer au premier rang le sous-nitrate de bismuth. J'en ai vu de remarquables effets, bien qu'on ne s'avise plus de le considérer comme un moyen certain de guérir le choléra-morbus, ainsi que l'a prétendu le docteur Leo, de Varsovie. Puis viennent les révulsifs extérieurs, comme les vésicatoires, les ventouses scarifiées, les cataplasmes sinapisés sur l'abdomen. Un petit vésicatoire sur l'épigastre, avec l'acétate ou l'hydrochlorate de morphine à doses variées, produit aussi de bons effets; l'équitation, la gymnastique, les voyages, conviennent également. Au reste, quelle que soit la méthode qu'on emploie pour redonner à la puissance digestive son énergie primitive, pour ramener à leur équilibre normal la sensibilité et la contractilité de l'appareil digestif, il faut en prolonger l'emploi tout en variant les moyens de guérison. Persévérance et variété, voilà ce que le médecin sagace et prudent ne doit jamais perdre de vue dans une convalescence pénible, opiniâtre, où la santé et la maladie flottent sans cesse incertaines et douteuses.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS.

I. LONDON MÉDICAL AND PHYSICAL JOURNAL.

Polype lobulé du col utérin, par M. Palmer, chirurgien au dispensaire général de Westminster.

Obs. — Mistress ***, âgée de 38 ans, a été mariée à 17 ans, et a eu six enfans dont le plus jeune a aujourd'hui 7 ans. Il y a deux ans qu'elle eut un avortement accompagné de vives douleurs et d'hémorragie, et suivi d'un abondant écoulement qui ne dura pas moins de six mois. Au bout de ce temps il s'y joignit une gonorrhée, et son mari, qui était un mauvais garnement, lui infligea en outre une correction manuelle sur les parties. L'ardeur de l'urine, l'écoulement, les pertes occasionelles de sang, l'excoriation consécutive des parties adjacentes, tous ces symptômes continuant durant dix-huit mois altérèrent beaucoup sa santé. Les méthodes de traitement ordinaires ayant échoué, je fus appelé le 7 novembre dernier avec le docteur Davies, pour constater par l'examen quelle était la cause de la maladie. Je trouvai un polype divisé en plusieurs lobes, faisant saillie d'un pouce environ dans le vagin, et attaché à la moitié postérieure de la circonférence du museau de tanche; la moitié antérieure et le col tout entier n'offraient aucune trace d'induration ni de sensibilité, aucun signe en un mot d'un affection maligne. Toutefois la forme et les caractères généraux de la tumeur firent penser aux docteurs Davies et Lée qu'elle était d'une nature fort suspecte; surtout qu'une ulcération bien évidente à sa partie antérieure avait occasioné, durant le toucher, plus de douleur et d'hémorragie qu'on n'aurait pu en attendre de l'examen d'un polype ordinaire. Le polype ayant une base large et sans pédicule évident, je doutai d'abord que la ligature fût praticable; mais à l'aide de la double canule, j'éprouvai moins de difficultés que je ne l'avais cru. Le polype fut lié le 12 novembre, et tomba le 22 du même mois sans avoir donné lieu à aucun accident. En trois semaines, la cicatrice fut formée, l'écoulement avait disparu, la santé générale était rétablie. Il resta toutefois une perte de substance sur ce point du museau de tanche, et durant quelques semaines encore une vive sensibilité du col utérin.

L'auteur dit en finissant qu'il n'a point rapporté ce fait comme nouveau et propre à éclaircir grandement l'histoire des polypes, mais comme un exemple de plus des formes variées de ces tumeurs, qui peuvent être confondues, quand on n'est point averti, avec des affections beaucoup plus graves, et embarrasser beaucoup le diagnostic et le traitement.

II. THE LANCET.

(Mai 1833.)

Hernie fémorale avec un double sac herniaire; opération faite par M. Tuson, chirurgien à l'hôpital de Middlesex.

Obs. — Mary Montagne, âgée de 37 ans, fut admise à l'hôpital le 18 avril au soir pour une hernie fémorale du côté droit. Cette affection datait de 17 ans. Durant ce temps, la tumeur s'était montrée plus ou moins volumineuse, mais n'avait jamais entièrement disparu. Elle s'était étranglée deux jours avant son entrée; mais on avait pris l'étranglement pour une péritonite, et l'on avait appliqué des sangsues et un vésicatoire. La face était pâle, anxieuse, abattue; l'abdomen était tendu et excessivement douloureux; elle avait de fréquens vomissemens de matières fécales. Le pouls était petit, vif, accéléré, sans être dur. La pression sur la tumeur déterminait une vive douleur à l'ombilic.

Tous les moyens de réduction furent essayés sans succès; l'opération, devenue la seule ressource, fut pratiquée le lendemain à une heure par M. Tuson.

Après l'incision de la peau et des couches sous-jacentes, le sac fut ouvert avec précaution; il en sortit une demi-once de sérosité, et l'on aperçut à l'intérieur une tumeur fort singulière. Elle se composait d'une tumeur principale sur laquelle s'en élevait une plus petite, et qui portait en outre un petit appendice à sa partie interne et inférieure.

Toute cette masse examinée avec attention parut très-épaisse et très-vasculaire; en sorte que le chirurgien inclinait à la prendre pour une portion du gros intestin épaissie par un long séjour dans le sac herniaire. On débrida du côté du ligament de Gimbernat; on put alors réduire une partie de la tumeur, mais il en restait toujours au dehors une portion considérable. Comme il semblait impossible

que l'intestin reprit ses fonctions, qu'il tenait d'ailleurs à la partie inférieure du sac par de fortes brides, on résolut de l'inciser, ce qui fut fait avec beaucoup de soin. On fut fort étonné de trouver que l'on n'avait incisé qu'un second sac, dans lequel était l'intestin, offrant une apparence très-vasculaire, mais sans coloration foncée; d'ailleurs, il n'y avait pas de sérosité. L'intestin fut alors aisément réduit, et les lèvres de la plaie extérieure rapprochées par deux points de suture.

Les selles se rétablirent à l'aide de quelques laxatifs; mais l'abdomen était très-douloureux; le pouls, toujours rapide, monta jusqu'à 130 pulsations, et malgré les saignées, les sangsues, les moyens internes, l'opérée succomba le 22, à 11 heures du matin.

L'autopsie fut faite le lendemain. L'abdomen étant ouvert laissa voir les intestins gonflés de liquides et de gaz, et généralement enflammés. La portion engagée dans la hernie fut l'objet d'une attention spéciale. Elle n'était point revenue à son état naturel, mais une partie s'était gangrénée, et les matières qu'elle contenait avaient passé dans l'abdomen. La gangrène avait affecté le point de l'intestin qui avait été directement soumis à la pression de l'étranglement; ce qui en subsistait encore offrait la couleur du bois d'acajou.

Il existe des faits analogues dans la science, mais en fort petit nombre, heureusement pour les opérateurs, et plusieurs auteurs les plus renommés les ont passés sous silence. On conçoit qu'un sac ancien se trouvant vide par la réduction de la hernie, un nouvel effort chasse dehors une nouvelle portion du péritoine et fasse aussi un nouveau sac herniaire. La formation de ce second sac paraît ici devoir être rapportée à une date assez ancienne, vu les adhérences en forme de brides. Nous regrettons que, dans l'autopsie, l'auteur anglais ne fasse aucune mention de la disposition du péritoine qui formait les deux sacs, recherche bien autrement intéressante que celle de l'état des intestins qui n'offre rien qu'on ne rencontre dans des cas fort ordinaires.

Sur l'emploi de l'huile de croton comme irritant externe, par M. le docteur Hutchinson.

L'huile de croton a été souvent recommandée comme moyen applicable à l'extérieur; mais jusqu'à ce moment on a peu de données générales tant sur son mode d'action que sur les circonstances où il convient d'y avoir recours.

Six gouttes d'huile de croton appliquées sur la peau, que l'on frictionne ensuite pendant huit ou dix minutes, déterminent promptement une rubescence plus ou moins étendue, suivant la susceptibilité des individus; cette coloration diminue graduellement et est remplacée par une tuméfaction générale, quoique médiocre, et qui paraît affecter des parties plus profondément situées que quand l'irritation est produite par tout autre moyen extérieur. Au bout de dix à douze heures il se développe de nombreuses vésicules, quelques-unes isolées, d'autres confluentes, qui diffèrent par leur forme et leur volume; d'abord elles ne contiennent qu'une sérosité limpide; il survient ensuite un pus distinct et consistant, et qui finit par se changer en croûtes. Ces circonstances, bien que régulières dans leur marche, varient beaucoup en intensité, suivant les parties sur lesquelles l'huile est appliquée. Sur l'abdomen, M. Hutchinson n'a jamais pu déterminer une rubescence aussi active que sur aucune autre partie du corps. L'effet est moins violent sur les parties musculaires des bras et des jambes que sur les points sur lesquels les os sont situés plus superficiellement. D'après ces observations, c'est sur la face, le cuir chevelu, le larynx et la poitrine, en suivant l'ordre où ces parties sont placées ici, qu'il a obtenu les effets les plus énergiques. A la face et sur le cuir chevelu l'huile de croton détermine assez fréquemment des érysipèles; mais jamais il n'a vu survenir de suppuration ni d'ulcération sur quelque point qu'elle fût appliquée, et partout ailleurs qu'à la face et au cuir chevelu, il n'a jamais vu survenir d'érysipèle, même sur le col. En général, on est toujours sûr d'obtenir les effets ordinaires sur toutes les parties du corps, en exceptant toutefois les parois abdominales.

On rapporte que l'application de l'huile de croton a été très-efficace à l'hôpital de la Pitié, à Paris, dans les cas d'inflammation du larynx; aucun praticien ne pourrait borner son traitement à cette seule médication dans les cas d'une inflammation aiguë de cet organe, et les faits que j'ai recueillis moi-même prouvent qu'elle est peu efficace dans les cas où l'inflammation du larynx est chronique. Mais l'effet d'un médicament doit varier considérablement tant qu'il est employé dans des circonstances aussi différentes que le sont les malades reçus dans les grands hôpitaux, souvent encombrés, de Paris, et débilités antérieurement par une mauvaise nourriture, et les hommes plein de vigueur et d'activité qui travaillent dans les petites villes de l'Angleterre. J'ai employé l'huile de croton avec beaucoup de persévérance dans quatre cas d'érysipèle chronique. Le suivant en fournit un exemple.

Laryngite chronique.

Obs. I. — Anne Cooting, âgée de 26 ans, d'une forte santé, fut admise à l'hôpital général de Nottingham le 16 octobre 1832. Depuis dix mois elle avait en partie perdu la voix, éprouvait quelquefois une aphonie complète et d'autres fois seulement une altération notable de la voix. La santé générale était bonne, la menstruation régulière; elle ne parle qu'à voix basse, et ne peut produire de son plus élevé; la pression sur le cartilage thyroïde est douloureuse, et détermine un bruit sensible de crépitation lorsqu'on le pousse en arrière ou qu'on le porte d'un côté ou de l'autre. J'ai constamment trouvé ce symptôme dans tous les cas de laryngite chronique; il est trop souvent négligé. Avant d'entrer à l'hôpital, elle avait été purgée, avait eu un vésicatoire sur le col et un emplâtre émétisé.

Le 20 octobre, je fis appliquer trois gouttes d'huile de croton sur la région laryngienne et prescrivis quelques laxatifs.

Le 22, l'éruption était considérable; la voix était améliorée. Depuis cette époque jusqu'au 8 novembre, l'huile de croton fut appliqué quatre fois, mais sans une amélioration notable et soutenue. La voix est peu différente de ce qu'elle était à l'époque de l'admission de la malade. J'ordonnai d'appliquer six sangsues sur le larynx deux fois par semaine. Ces applications furent continuées jusqu'au 1er janvier 1833, époque où elle quitta l'hôpital ayant complétement recouvré la voix; la crépitation produite par la pression sur le larynx avait aussi disparu entièrement.

Chez cette malade nous vîmes la voix s'améliorer notablement à chaque application de l'huile de croton et cette amélioration continuer tant que durait l'éruption ; mais quand l'irritation avait cessé, la voix reprenait son état ordinaire ; ce qui nous démontrait que l'huile de croton pouvait soulager cette malade, mais non la guérir.

Opération de hernie fémorale étranglée, suivie d'un anus artificiel et de mort, par le docteur Grant-Calder.

Obs.—Mistress R***, âgée de 45 ans, affectée d'une petite hernie crurale droite, ressentit les premiers symptômes de l'étranglement dans la matinée du 28 mars. M. Grant-Calder fut appelé deux jours après, et n'ayant pu réussir à la réduire, il procéda à l'opération. L'étranglement fut détruit par un large débridement ; l'intestin, qui était une petite anse de l'iléon, rentra, et les symptômes fâcheux se dissipèrent. Mais l'intestin avait été mortifié ; bientôt des matières fécales coulèrent par la plaie extérieure ; au septième jour, il y eut une selle naturelle ; après quoi tout passa par la plaie. La malade maigrit graduellement et perdit l'appétit. La plaie rendait une odeur aigre et était tellement irritée par ce contact qu'il était impossible de la nettoyer convenablement. Une inflammation aiguë se propagea de la plaie à la cuisse et aux parois de l'abdomen attaquant tous les tissus contigus, et les matières fécales continuant à couler sur les parties enflammées, loin qu'on pût arrêter les progrès du mal, l'augmentaient sans cesse ; la gangrène survint, et mit à nu l'artère fémorale jusqu'à deux pouces au-dessous du ligament de Poupart. La malade s'affaiblit de jour en jour et succomba enfin le trente-deuxième jour après l'opération. Il ne fut pas permis de faire l'autopsie.

L'auteur regarde la qualité âcre des matières comme la cause de l'inflammation et de la gangrène. Il resterait à lui demander pourquoi l'inflammation attendit si tard à se développer ; si c'est que l'écoulement était moins âcre dans le commencement, d'où venait son âcreté consécutive. Il nous paraît probable que l'anus artificiel se trouvait en un point de l'intestin fort rapproché de l'estomac ; ceci expliquerait la maigreur graduelle de la malade, et la cacochymie générale consécutive, qui dispose, comme on sait, aux inflammations gangréneuses. Il s'agissait donc, si notre conjecture est fondée, de soutenir la femme par des alimens de rapide digestion, aidés de quelques toniques qui eussent permis d'attendre le moment favorable pour tenter l'opération de M. Dupuytren. L'auteur anglais rejette l'emploi des tentes qui, dit-il, occasionaient des crampes d'estomac et un écoulement plus abondant de matières. Il ne veut pas non plus qu'on attente que l'irritation soit calmée, et il conseille d'employer sans retard le procédé de M. Dupuytren. Nous regardons l'avis comme très-peu sûr ; l'entérotome introduit dans des intestins non irrités est déjà sujet à produire des symptômes de péritonite fort graves; que serait-ce si on l'appliquait sur un malade tel que nous est dépeinte la femme qui fait le sujet de cette observation?

Abcès et gonflement énorme de la langue guéri par un séton, par M. Thompson, D.-M.

Obs.—A. J., enfant de 19 mois, de frêle apparence, entra le 6 avril 1832 à l'infirmerie du comté d'Autrim, pour un abcès considérable dans la substance de la langue. Le mal datait de quelques mois ; on en avait fait deux fois l'ouverture, avant son entrée à l'hôpital, savoir : à la partie inférieure de la langue du côté droit ; il en était sorti une quantité considérable de pus ténu et fétide. Cette évacuation avait diminué le volume de la langue, qui auparavant faisait saillie hors de la bouche, et lui avait permis de rentrer dans cette cavité. Mais après quelques jours l'ouverture se refermant, le foyer de l'abcès se distendait rapidement à un degré plus grand que la première fois.

L'aspect de cet enfant était horrible ; la langue énormément gonflée et saillant hors de la bouche était presque complètement étranglée par la pression des dents ; sa surface était sèche, couverte d'un enduit brunâtre, entrecoupée çà et là par des fissures ; les narines étaient largement distendues, la respiration se faisait entièrement par le nez. On ne pouvait administrer que les alimens liquides, encore avec difficulté, en tirant en arrière la commissure buccale ; aussi l'enfant était considérablement émacié.

M. Thompson fit immédiatement une ponction au lieu même de l'ancienne ouverture ; il sortit une quantité considérable de matière, ce qui procura du soulagement en diminuant le volume de la langue. Deux jours après l'ouverture s'étant refermée, on y introduisit du nitrate d'argent, qui n'obtint pas l'effet qu'on désirait ; et la matière s'étant rapidement reproduite, la langue sortit de nouveau. Pour prévenir une nouvelle accumulation de matière et exciter une inflammation dans le foyer de l'abcès, le chirurgien passa un séton au travers ; une sonde ayant été introduite par l'ouverture ancienne, on lui fit soulever la paroi de l'abcès de l'autre côté de la langue et l'on incisa sur cette saillie. Le séton fut ensuite passé, et on unit ensemble ses deux extrémités pour les empêcher de s'échapper.

Le séton avait été mis le 9 avril ; le 11, la langue était complétement rentrée dans la bouche, la matière s'écoulait à mesure qu'elle était sécrétée ; on renouvela le séton. Le 30, la langue avait repris son état naturel ; à peine un peu de matière s'écoulait encore par les deux ouvertures ; le séton fut supprimé. L'enfant reprit de la santé et des forces ; le 22 mai, il fut renvoyé guéri.

Près de douze mois se sont écoulés depuis, sans qu'il y ait eu aucun indice du retour de la maladie.

Traitement de la blennorrhagie par l'injection d'une forte solution de nitrate d'argent, par M. Burnett Lucas.

M. Burnett pense que ce moyen de traitement est surtout utile dans la première période de la blennorrhagie, et ne craint point que la guérison subite de cette affection amenée dès le début ait aucune influence fâcheuse sur la santé. Déjà ce moyen avait été indiqué par le docteur Carmichael, mais il redoutait des accidens inflammatoires extrêmement graves. Cependant M. Burnett n'a rien observé de semblable à la suite de ce traitement dans les essais qu'il a faits sur son emploi. Il est persuadé qu'employé avec prudence il peut arrêter, dès le début, une affection qui trop souvent résiste à tous les moyens employés. Il cite quatre cas pris parmi le grand nombre de ceux où il l'a essayé.

Obs. I. — A. B., âgé de 30 ans, remarqua, cinq jours après un coït suspect, des taches verdâtres, puis jaunâtres sur le linge; en même temps il éprouvait une assez vive démangeaison à l'orifice de l'urètre, et le passage de l'urine sur ce point déterminait une sensation approchant de la douleur. Les lèvres de l'urètre examinées parurent légèrement tuméfiées et plus rouges qu'elles ne le sont d'ordinaire. Des circonstances particulières exigeant qu'il fût promptement rétabli, il consent à employer le traitement qui devait lui offrir le plus de chances d'une prompte guérison. En conséquence je pratiquai une injection avec le liquide suivant :

Prenez : nitrate d'argent, 10 grains.
Eau de rose, 1 once.

La première application produisit à l'instant même une douleur assez vive qui disparut environ vingt minutes après. La première fois qu'il urina il ressentit une vive cuisson dans toute l'étendue que l'injection avait parcourue, mais elle cessa après quelques minutes. Le soir (10 heures après la première), une nouvelle injection fut pratiquée et avec les mêmes effets. Le lendemain matin on fit sortir du canal de l'urètre, en comprimant l'extrémité, une goutte épaisse de matière purulente; l'émission des urines était suivie de moins de cuisson, l'écoulement cessa, et au bout de vingt-quatre heures tous les symptômes avaient disparu. J'ai souvent revu ce malade depuis cet époque, et jamais il n'a rien ressenti.

Dans tous les autres cas semblables, j'ai obtenu le même résultat lorsque le traitement a été employé dans les 48 premières heures. Le cas suivant recueilli par un médecin sur lui-même offre quelqu'intérêt pour l'étude des effets produits par l'injection sur le siége de la maladie, avant que l'on puisse en espérer un heureux résultat.

Obs. II. — Deux jours après un coït douloureux, une sensation inaccoutumée à l'orifice de l'urètre dirigea mon attention sur cette partie. J'y découvris un petit écoulement. Vingt-quatre heures après, il avait augmenté; mais supposant que la personne avec laquelle j'avais eu des rapports n'avait pu me tromper, je n'employai aucun moyen curatif. Le jour suivant, l'écoulement était devenu si considérable, avec la couleur jaunâtre et la cuisson en urinant, qu'il ne me resta plus de doute sur la nature de la maladie. Ce jour-là, je pratiquai une injection de nitrate d'argent à deux heures après midi, et une seconde à minuit. Le lendemain, l'écoulement avait cessé; mais il n'y avait aucune trace de ce fluide jaune indiqué dans la première observation. Au bout de deux jours, lorsque l'irritation produite par l'injection eut cessé, l'écoulement reparut. L'injection fut pratiquée aux mêmes heures et le même nombre de fois qu'auparavant. Le lendemain matin, en pressant l'urètre, j'en fis sortir une goutte d'une matière purulente épaisse. La douleur disparut graduellement et l'écoulement n'est pas revenu depuis.

Cas d'insuccès.

M. Burnett voulant s'assurer si ce moyen réussirait également dans les cas où l'écoulement est ancien, il fit les essais suivans.

Obs. III. — M ***, âgé de 26 ans, avait contracté une gonorrhée trois mois avant de s'adresser à moi. Après le traitement prescrit par ce cas-là, cet écoulement avait passé à l'état chronique. Je lui pratiquai quatre injections en 2 jours, mais sans rien produire sur la maladie. Cependant il n'en résulta aucun accident fâcheux pour le malade, bien qu'il ne suivît aucun régime et qu'il prît une nourriture copieuse.

La quatrième observation rapportée par M. Burnett n'offre aucune différence.

Ce n'est donc que dans la première période que l'injection du nitrate d'argent peut être pratiquée. Quand une fois l'écoulement a passé à l'état chronique, elle est sans effet; et, dans la période inflammatoire, lorsqu'il y a de violentes cuissons, un gonflement considérable, on ne pourrait évidemment en tenter l'emploi.

Le mode d'action du nitrate d'argent dans le traitement de cette maladie paraît dépendre de cette circonstance qu'il détruit l'inflammation spécifique de la blennorragie et la remplace par l'inflammation simple qui diminue graduellement et laisse l'urètre dans l'état sain. Pour arriver à ce but, il faut donc que l'injection atteigne toutes les parties qui sont le siége de la maladie. Le plus souvent il suffit que l'injection pénètre à un demi-pouce dans le canal pour qu'elle puisse atteindre le siége de la maladie; de là, la nécessité de ne point confier à un aide inexpérimenté ni au malade lui-même le soin de la pratiquer, de peur qu'il n'arrive ce que j'ai vu chez un malade chez lequel l'injection pratiquée sans soins pénétra dans toute la longueur de l'urètre, arriva jusqu'à la prostate et détermina une inflammation très-grave. M. Burnett, pour éviter cet inconvénient grave, fait toujours l'injection lui-même et de la manière suivante. « Ayant rempli la seringue, je comprime l'urètre avec la main gauche, à environ deux pouces et demi au-dessous de l'orifice de l'urètre et je pratique l'injection de la main droite. Il est inutile de dire que la seringue doit être en os ou en ivoire pour éviter qu'il ne se forme un dépôt de nitrate de plomb, comme cela arrive avec les seringues ordinaires. »

Quant à son insuccès dans le traitement de l'écoulement chronique, M. Burnett l'attribue avec raison à ce que cet écoulement étant l'effet de la débilitation de l'économie générale, on ne peut attendre d'un traitement purement local qu'il la fasse disparaître.

III. LONDON MÉDICAL GAZETTE.

(Mai 1833.)

Remarques sur l'influence des habitudes physiques et des professions sur la taille de différentes classes d'hommes, par J. Lack, M.-D. du collége royal des médecins de Londres.

Nous ne répéterons pas les réflexions générales que fait l'auteur sur ce sujet important; tout son mémoire est dans les résultats statistiques auxquels il est parvenu.

Il a eu l'idée de mesurer avec la plus grande exactitude la taille et la largeur de poitrine de cent fileurs de coton, de cent blanchisseurs de toile de coton et de cent soldats appartenant au quatre-vingt-cinquième régiment. On sait à peu près quelle est la malheureuse condition des fileurs en Angleterre;

la profession se transmet d'ordinaire de père en fils, et dès l'âge de 7 à 12 ans les enfans commencent à être employés dans les manufactures. Les blanchisseurs succèdent également à leurs parens, mais ils ne commencent guère à travailler que de l'âge de 12 à 17 ans, et ils sont soumis à des exercices musculaires plus forts que les fileurs. Ceux-ci sont plongés dans une atmosphère imprégnée d'odeur et de molécules cotonneuses; les autres sont sujets à respirer le chlore et les émanations des alcalis et des diverses solutions qui servent au dégraissage. Quant aux soldats, on sait combien leur genre de vie diffère de celui des deux classes précédentes.

M. Black prit ses fileurs dans deux moulins de Bolton, 50 dans l'un, et 50 dans l'autre. Il y en avait six de 19 ans, soixante-dix de 20 à 29, dix-sept de 30 à 39 et sept de 40 à 45 ans; ce dernier âge est presque le plus avancé que l'on rencontre dans les manufactures pour les fileurs.

Les cent blanchisseurs furent également pris par moitié dans deux entreprises de la ville ou voisinage; deux avaient 19 ans, quarante-quatre 20 à 29, trente-trois 30 à 39, treize 40 à 49, et sept 50 à 63 ans.

Les soldats furent pris dans deux compagnies du 85e régiment, infanterie légère, sans compagnies d'élite, et les hommes étant depuis long-temps sous les armes. Parmi eux, un seul avait 19 ans, trente-deux de 20 à 29, cinquante-un de 30 à 39 et seize de 40 à 49. Quarante-six avaient dix ans de service, quinze avaient vingt ans, et un vétéran comptait trente-quatre ans de service.

On voit déjà que la moyenne des âges est déjà : pour les fileurs, 26 ans 71 centièmes; pour les blanchisseurs, 32 ans 12; pour les soldats 32 ans 67.

La taille des fileurs varia entre 5 pieds anglais et 6 pieds un pouce (il faut se rappeler que le pied anglais a 3 lignes environ de moins que le pied français); 70 d'entre eux avaient de 5 pieds 3 pouces, à 5 pieds 7 pouces; et la moyenne générale fut de 5 pieds 4 pouces.

Les blanchisseurs avaient depuis 5 pieds un pouce jusqu'à 6 pieds. Soixante-dix-neuf variaient entre 5 pieds 5, et 5 pieds 9 pouces; la moyenne était de 5 pieds 6 pouces 75 centièmes.

Quant aux soldats, les deux extrêmes furent 5 pieds 5 pouces et 6 pieds 1 pouce et demi. Soixante-dix avaient de 5 pieds 6 à 5 pieds 9 pouces; la moyenne fut de 5 pieds 7 pouces 87 centièmes.

La circonférence de la poitrine mesurée horizontalement au-dessous du mamelon ne donna pas des résultats moins remarquables.

Chez les fileurs, elle varia entre 27 et 38 pouces; 88 avaient de 30 à 35 pouces, et la moyenne générale fut de 32 pouces 67 centièmes.

Chez les blanchisseurs, les extrêmes furent 31 et 42 pouces. Soixante dix-sept avaient de 33 à 36 pouces; la moyenne était de 34 pouces 24 centièmes.

Chez les soldats, la différence la plus grande fut de 31 à 41 pouces. Soixante-dix-sept avaient de 34 à 37 pouces; la moyenne fut de 34 pouces 80 centièmes.

Assurément nous ne regardons pas ces chiffres comme rigoureux; et comment obtenir en pareille matière une rigoureuse exactitude? Mais les résultats sont trop frappans pour être attribués ici au hasard; on en jugera mieux en réunissant en un seul tableau toutes les moyennes :

CLASSES D'HOMMES.	AGE MOYEN.	TAILLE moyenne.	LARGEUR de la poitrine.
		p. pouc.	pouces
100 Fileurs de coton,	26—71	5 4,64	32,67
100 Blanchisseurs,	32—12	5 6,75	34,24
100 Soldats,	32—67	5 7,87	34,80

Sur la structure de l'os de l'enclume, par H. J Shrapnell.

Voici une petite découverte ostéologique qui peut montrer ce qui reste encore à faire en anatomie, et qui n'est pas en définitive de peu d'importance; car elle ne tend à rien moins qu'à rayer un des os du corps humain.

L'opinion la plus généralement reçue est que l'os lenticulaire forme un os complétement distinct de l'enclume; et c'est ainsi qu'on le représente dans les meilleures planches anatomiques, et dans les préparations de l'oreille. On n'a pas manqué non plus d'accorder à l'os lenticulaire deux facettes pour s'articuler avec l'enclume et avec l'étrier.

M. Shrapnell a voulu s'assurer du fait. Il a fait macérer quatre os temporaux humains, a pris soin de retirer les petits os du tympan sans aucune violence; mais ni sur ces os, ni sur de nombreuses pièces du même genre prises chez divers animaux, la macération n'a pu séparer l'enclume de l'os lenticulaire. Des temporaux qui avaient été enterrés pendant long-temps ont montré également ces deux os inséparables. L'auteur a donc examiné avec une lentille grossissant beaucoup les objets et les deux os joints ensemble, et les deux os séparés. Quatre planches jointes à son mémoire offrent les résultats de ses recherches. L'os lenticulaire y paraît uni à l'enclume par un col rétréci qui, sur une figure, rappelle très-bien l'union de la tête et du corps du fémur. Le côté qui regarde l'étrier est en effet lisse, convexe, articulaire; mais le côté qui regarde l'enclume, quand on a séparé ces deux os, offre des traces évidentes de fracture. Ce ne peut être une ankylose morbide; car l'union est constante, et chez les jeunes sujets comme chez les vieux, et sans qu'on trouve jamais de traces de maladie. Et comment se ferait-il d'ailleurs que l'ankylose réunît toujours l'os lenticulaire avec l'enclume et jamais avec l'étrier?

En conséquence, l'os lenticulaire doit disparaître du squelette et faire place à l'apophyse lenticulaire de l'enclume. C'est l'étrier qui devient le plus petit des os du corps. La cavité du tympan ne compte plus que trois os, et le squelette entier, selon le calcul de l'auteur, est réduit quant à présent à 247.

De l'application d'un bandage durant l'accouchement. Lettre de M. Allen à l'éditeur de la Gazette médicale. — Réclamation de M. Waller.

M. Allen appelle l'attention des accoucheurs sur l'utilité d'un bandage appliqué autour de l'abdomen durant le travail de l'enfantement pour favoriser les contractions utérines. Après plusieurs essais sur la meilleure manière de l'appliquer, il n'a rien trouvé de plus simple et de plus avantageux qu'un mouchoir de coton plié de manière à former une ceinture de 14 pouces de largeur (environ 13 pouces de France), dont on entoure complètement le ventre, et dont les extrémités vont se croiser ou se nouer derrière le dos.

Il attend, pour le placer, que l'orifice utérin soit suffisamment dilaté et les parties molles assez bien disposées pour que l'utérus n'ait plus à vaincre qu'une légère résistance. Avant cette époque, il craindrait d'exciter de tels efforts que la femme en serait épuisée avant le terme du travail; à l'époque indiquée même, il faut n'y recourir qu'avec réserve, quand les douleurs sont extraordinairement rapides et fortes.

L'emploi du bandage offre les avantages suivans :

1° Quand il est bien appliqué, il maintient le tronc fixe et permet à la femme de diriger tous ses efforts vers l'expulsion de l'enfant.

2° En comprimant également et régulièrement le fond de l'utérus, et même aussi un peu les parties latérales, c'est le moyen le plus puissant que nous ayons d'exciter les contractions de cet organe.

3° A part même l'action musculaire, il aide aux efforts de l'utérus par une action purement mécanique; en effet, quand l'utérus est fortement contracté, il lui oppose en avant et sur les côtés une résistance qui tend à repousser le fœtus vers le bassin. M. Allen dit qu'il s'est assuré quelquefois que la pression par le bandage avait plus favorisé la descente de l'enfant que les contractions utérines mêmes.

4° Le bandage, en pressant sur le fond de l'utérus durant l'expulsion de l'enfant, fait contracter cet organe sur le placenta, et prévient les redoutables conséquences de son inertie. La seule précaution qu'il convient de prendre consiste, lorsque la tête est hors de la vulve, à retarder plutôt qu'à précipiter la sortie du tronc et des extrémités.

5° Enfin, il a pour effet, après l'issue complète du produit de la conception, de maintenir les viscères dans les mêmes rapports et avec le même degré de pression qu'auparavant; ce qui prévient les défaillances, l'inertie utérine et l'hémorragie qui en est la suite.

M. Allen ajoute que dans les cas où il a jugé convenable de l'appliquer, les femmes en ont obtenu un tel soulagement qu'elles l'attribuaient à quelque vertu magique renfermée dans cette ceinture.

« J'ai consulté, avait dit l'auteur, les écrits des accoucheurs les plus renommés, et j'ai été fort surpris de ne trouver aucune mention de ce moyen nulle part, si ce n'est dans l'ouvrage d'Ingleby, sur les hémorragies utérines. » Ingleby étend même singulièrement son usage, puisqu'il veut qu'on l'emploie dès le commencement du travail.

La réclamation de M. Wallen a pour objet d'établir qu'il l'avait conseillé avant M. Allen. Dans la première édition de « ses Elements of practical Midwifery, 1829, » il avait prescrit l'application d'un bandage analogue comme un des devoirs de l'accoucheur. Ce bandage est décrit mieux encore dans une note qu'il a ajoutée à la septième édition de « l'Introduction to Midwifery, » de Deuman, pag. 205. Voici ce passage :

« Quand la seconde période du travail a commencé, on peut obtenir un grand avantage de l'application d'une ceinture ou d'un bandage autour de l'abdomen, en ajoutant un coussin que l'on place sur la région de l'utérus. Cette ceinture doit être munie de courroies et de boucles, de manière à pouvoir être resserrée à mesure que l'abdomen se rétrécit par la descente de l'enfant. Cette pression continuelle sur la matrice lui communique une légère stimulation qui provoque les contractions de cet organe et prévient d'une manière efficace les hémorragies qui suivent parfois l'accouchement. »

C'est à l'expérience à constater les bons effets que l'on peut retirer de ce moyen; il nous paraît d'autant plus important de l'expérimenter en France, que son application est très-simple et n'offre aucun des inconvéniens attachés à l'emploi du seigle ergoté.

Transfusion du sang pratiquée avec succès, par le docteur Schneemann, de Hanovre.

Obs. — Le sujet de cette observation était une femme de 30 ans, d'une santé florissante, qui avait déjà eu deux enfans, et à chaque couche une hémorragie abondante avant la sortie du placenta. A son troisième accouchement, l'enfant étant né depuis deux heures et le placenta n'ayant pu être encore extrait, il survint une hémorragie violente, pour laquelle on envoya chercher en hâte le docteur Schneemann. Il trouva la malade en défaillance depuis quelque temps; la respiration et la circulation était à peine perceptibles; l'abdomen était assez fortement développé; l'hémorragie avait cessé pour le moment. Il prescrivit du vin avec une cuillerée de teinture de cannelle. La connaissance était revenue, il s'occupa d'extraire le placenta et les caillots qui emplissaient l'utérus. Aussitôt, cet organe entra en contraction, et l'hémorragie ne revint point. La malade ayant pris encore successivement du vin, un demi-gros de seigle ergoté, et enfin un peu de laudanum, se trouva si bien que le médecin la quitta. Peu de temps après, la femme s'étant retournée dans son lit, l'hémorragie reparut avec violence; la parole manqua; tout indiquait une fin prochaine. Le docteur Schneemann averti ne vit de remède que la transfusion.

N'ayant point l'appareil nécessaire, il acheta une seringue avec un long tuyau, et se fit accompagner de deux étudians en médecine. L'utérus était plus rempli de sang que jamais; il enleva tous les caillots et établit une compression sur l'aorte ventrale. Puis il prépara tout pour l'opération. Le mari offrit son bras, et après quelques difficultés occasionées par la nature de l'appareil, on parvint à injecter environ 7 à 8 onces de sang. Alors le mari s'évanouit et l'opération fut arrêtée. Une demi heure après, la femme commença à revenir, et au bout de trois heures, à l'aide du vin et d'autres fortifians, elle était merveilleusement rétablie. L'hémorragie ne revint plus, et malgré une phlébite qui se déclara dans la veine blessée, et pour laquelle la malade eut à subir une salivation abondante, la santé et les forces lui revinrent à la fin; seulement elle conserva une grande pâleur, seul souvenir visible du danger auquel elle avait échappé.

Sur la pathologie de la luxation scapulo-humérale, par Philip Crampton, M.-D., chirurgien en chef des troupes d'Irlande, etc.

L'auteur tire de ses observations les conclusions suivantes :

1° Les obstacles à la réduction proviennent uniquement de la contraction spasmodique des muscles irrités autour de l'articulation, et non point d'une rupture trop étroite de la capsule. Les moyens pour faire cesser ces obstacles sont donc ceux qui affai-

blissent l'énergie musculaire, les bains chauds, l'émétique à petite dose, l'extension long-temps continuée, et enfin la précaution d'agir par surprise, et dans un moment où l'attention du malade est portée d'un autre côté.

2° La méthode généralement adoptée, selon lui, consiste à élever le bras presque à angle droit sur le tronc; et, dans l'extension, à le faire mouvoir en haut, en bas, et de chaque côté pour relâcher successivement tous les muscles qui entourent l'article. Toutefois, quand on a lieu de penser que le sus-épineux est encore attaché à la grosse tubérosité humérale, il conseille, pour relâcher ce muscle, de recourir à la méthode de Withe, récemment renouvelée par M. Malgaigne à l'Hôtel-Dieu de Paris.

3° L'extension vaut mieux faite sur le poignet, comme on la fait à Dublin, à Paris, à Berlin, etc. Elle est infiniment plus douloureuse au bras, au-dessus des condyles huméraux, sans doute à cause de la position superficielle du nerf cubital, placé au côté interne du bras, entre l'os et la peau.

4° Quant au précepte de fixer l'omoplate, on peut douter que la chose soit possible, et si elle est possible, qu'elle soit utile. Mais si l'on ne peut repousser en haut le col de l'omoplate, on peut très-bien appuyer sur la tête luxée et la repousser en bas tandis qu'on fait l'extension; ce procédé, conseillé par Bonn, est employé depuis plusieurs années à l'infirmerie du comté de Dublin avec beaucoup d'avantage.

5° Quand les tractions, au moyen des aides, sont insuffisantes, l'auteur préfère le levier aux poulies. Le levier a pour avantage de se trouver partout sous la main, mais surtout de permettre de varier autant qu'il est nécessaire les directions de l'extension.

6° La seconde observation démontre clairement l'existence, jusqu'à présent contestée, de la luxation primitive en avant. En effet, la partie inférieure de la capsule n'était point déchirée, et les attaches du muscle sous-scapulaire et du petit rond à la côte inférieure de l'omoplate étaient restées intactes. Ce fait est d'une haute importance pour la pratique. Car si, suivant l'opinion reçue que la tête de l'humérus, pour se jeter en avant, passe d'abord par le creux de l'aisselle, nous voulions tirer l'humérus en bas, il est évident qu'il pourrait en résulter de graves lésions du sous-scapulaire, soit une déchirure de ses fibres en travers, soit la destruction de ses attaches à l'omoplate ou à l'humérus. L'indication manifeste alors est de repousser la tête de l'os en arrière, vers la cavité glénoïde, dont l'axe est, à très-peu de chose près, sur le même plan que l'axe de la tête déplacée; ce qu'on peut très-bien faire en plaçant un point d'appui sous l'aisselle et se servant du bras luxé comme d'un levier du premier genre. Ainsi le chirurgien mettra son bras gauche étendu horizontalement immédiatement sous les bords de l'aisselle, entre la poitrine et la tête luxée, et alors, s'emparant du poignet avec sa main droite, il tirera le bras avec force, de manière à lui faire croiser le corps du malade. Voici une observation de succès par ce procédé.

Obs. — Le colonel Gore, du château de Dublin, âgé de 56 ans, homme fort et bien-portant, versa avec sa voiture par une nuit très-noire du haut d'une chaussée élevée de six ou huit pieds au-dessus de la campagne. Au moment de la chute, il eut la sensation d'un choc violent au coude, qui ôta au bras toute sa force; il n'y eut pas d'autre lésion. Je le vis une heure après son accident, et je trouvai une luxation du bras gauche en avant. Je le fis tenir debout, et plaçant mon bras gauche étendu horizontalement sous son aisselle, puis saisissant le poignet de ma main droite, je tirai brusquement le bras en travers du corps, de manière à mettre sa main en contact avec la hanche droite; au premier effort l'os rentra dans sa cavité.

Tel est cet intéressant mémoire, dont nous n'adoptons pas toutes les conclusions, mais qui a du moins le mérite d'apporter à l'histoire de ces luxations deux faits de la plus haute importance. Au surplus, l'erreur capitale où l'auteur est tombé tient à ceci, que pour diminuer la contraction musculaire, il a oublié la première de toutes les règles, qui est de placer les muscles dans le relâchement. Une fois ce principe admis, il ne reste qu'à chercher la position du membre qui le met le mieux en pratique; or nous avons suffisamment montré ailleurs qu'il fallait élever le membre beaucoup plus que l'angle droit.

Nous ne terminerons pas sans indiquer la manière dont l'auteur emploie le levier, qui n'a été, que nous sachions, nulle part encore décrite.

Le malade est debout, les jambes passées dans deux espaces voisins d'une échelle ordinaire. Un aide retient une extrémité de cette échelle à terre avec le pied. Un lacq, fixé autour du poignet, va s'attacher à un échelon du milieu, de telle sorte que le malade étant debout, l'échelle forme avec le sol un angle de 45°, qui est aussi l'angle que forme le bras luxé avec le tronc. Un aide empoigne avec les deux mains l'autre bout de l'échelle et s'efforce de l'attirer en bas, tandis qu'un autre aide retient le tronc du blessé, au moyen d'un lacq passé sous l'aisselle et qui va croiser l'épaule du côté sain. On juge avec quelle force l'extension peut se faire; quant à la direction, rien de si facile que de la changer. Le chirurgien se tient debout devant le malade, dirigeant la tête luxée avec les mains, et avertissant les aides quand il faut renouveler ou cesser l'extension.

Observation d'un cas de charbon compliqué de dysurie, par M. Ewen.

Obs. — Le 3 mai 1833, je fus appelé par M. George, âgé de 37 ans, qui à ce moment se considéra comme très-légèrement indisposé, quoiqu'il fût obligé de garder le lit à cause d'un furoncle qu'il disait avoir sur la fesse gauche; mais à l'examen, ce furoncle offrit tous les caractères d'une tumeur charbonneuse. Le sommet de cette tumeur conique offrait plusieurs petites ouvertures ayant l'aspect d'un crible. Je pratiquai une incision cruciale à la surface. Il me rapporta que sa santé générale était dérangée depuis quelque temps, mais il avait conservé l'appétit jusqu'à la veille du jour où je le voyais. La tumeur avait commencé à paraître dix jours auparavant, avec des frissons, des chaleurs et un sentiment de lassitude. Six jours avant, il avait fait trente milles à cheval, ce qui lui avait fait, disait-il, beaucoup de mal. La langue est chargée; il y a un peu de fièvre, un peu de constipation.

Cataplasme de ferment, fomentations avec décoction de pavot. Il prendra toutes les trois heures la potion suivante, jusqu'à ce qu'il ait eu des garde-robes :

Prenez :	Sulfate de magnésie,	2 gros.
	Carbonate de soude,	2 scrupules.
	Eau de menthe,	1 once et demie.

Le 4, la nuit a été très-agitée; la peau est chaude, la face congestionnée; la potion a produit trois selles très-fétides. La tumeur charbonneuse n'offre pas un mauvais aspect

Lotion avec acide nitrique, potion saline. Dans l'après-midi il se plaint tout à coup d'une vive anxiété dans la région précordiale avec difficulté de respirer et sentiment d'annihilation. La face est injectée, la peau chaude, le pouls à 96 sans dureté. Une saignée lui procure du soulagement; mais l'opium ne peut lui procurer du sommeil, et le lendemain il éprouve les mêmes accidens, auxquels se joint une diminution notable de la quantité ordinaire des urines.

Le 6, le pouls est très-faible : 112; la langue sèche; il a rendu environ trois pintes d'urine qui présente un dépôt abondant, noir et grumeleux. L'escarre ne paraît point disposée à se détacher. Le soir, il est pris de délire qui prend une grande intensité malgré des lotions spiritueuses, et qui ne paraît céder qu'à une affusion froide sur la tête, privée de ses cheveux. On lui continue l'usage de l'opium, du calomel et du vin avec l'eau.

Le 8, le pouls offrait 140; la langue était sèche avec un enduit noirâtre à sa partie postérieure. Il y avait une prostration très-prononcée; les pupilles étaient contractées et les paupières supérieures abaissées; le délire continuait; les mains étaient brûlantes, l'abdomen distendu et surtout dans la région de la vessie, d'où l'on retira par le cathétérisme trois pintes d'une urine très-foncée en couleur. Pendant le jour, les forces tombèrent graduellement, et il expira dans la soirée.

Autopsie faite le 9 mai, 22 heures après la mort.

Le cerveau n'offrait rien d'anormal.

Les poumons étaient plus engorgés et d'une couleur plus foncée qu'à l'ordinaire; le cœur était flasque, très-pâle, et son tissu ramolli; mais les membranes extérieure et intérieure, ainsi que les valvules, n'offraient aucune trace de lésion.

Le canal alimentaire était sain, à l'exception de la distension des gaz, qui était considérable. Les petits intestins contenaient une matière visqueuse verdâtre. Le foie, plus pâle qu'à l'ordinaire, et qui contenait moins de sang, n'offrait rien autre chose d'anormal. La rate était ramollie et désorganisée; le pancréas était sain; les reins étaient ramollis et leur texture ordinaire désorganisée, mais à un moindre degré que la rate.

La tumeur charbonneuse était ramollie et les fibres du grand fessier, sur lequel elle reposait, pâles et ramollies.

Empoisonnement par l'administration involontaire de l'acide prussique.

Obs. — Madame Latten éprouvant depuis 48 heures une violente douleur de tête, causée par une dent cariée qu'elle ne voulait point faire arracher, fit appeler un médecin qui lui fit la prescription suivante :

Prenez :	Solution saline,	8 onces
	Teinture de jusquiame,	1 drachme et demie.
	Rhubarbe en poudre,	demi-drachme.
	Sel d'opium,	2 drachmes.

Elle devait en prendre trois cuillerées à soupe de 4 en 4 heures; mais l'élève qui était chargé de préparer cette potion ayant confondu, par une méprise presqu'inconcevable, la teinture de jusquiame avec l'acide prussique, il y introduisit une drachme et demie de cet acide.

La malade prit la quantité prescrite par le médecin, et pendant une minute n'éprouva aucun effet sensible; mais ce fut sur les yeux que se porta la première action de l'acide; ils sembèrent aussitôt sur le point de sortir de la tête; ensuite elle se plaignit de violentes douleurs dans les tempes, et demanda qu'on lui serrât la tête entre deux mains « pour empêcher qu'elle n'éclatât ». Ensuite, elle vomit les matières contenues dans l'estomac; puis elle rejeta du sang, qui sortit en gros caillots. Alors les extrémités inférieures entrèrent subitement en une action si violente qu'un fauteuil et une chaise qui étaient près d'elle furent lancées à l'autre extrémité de la pièce. Les doigts d'abord, ensuite les bras, offrirent une raideur musculaire si énergique que toute la force de deux hommes ne put les écarter du corps, et cependant les extrémités inférieures continuaient encore à être agitées de mouvemens d'une violence extraordinaire. Le médecin, appelé sur-le-champ, n'arriva que pour être spectateur des derniers instans de cette femme, qui succomba douze minutes et demie après avoir pris la potion.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Observations et Réflexions sur l'amaurose, communiquées par M. A. Berton, D.-M., chirurgien-aide-major de la garde municipale de Paris.

Richter accuse trois ordres de causes dans la production de l'amaurose. 1° Le premier ordre comprenant la pléthore et turgescence des vaisseaux sanguins du cerveau, de la rétine et du nerf optique, que l'on suppose déterminer dans ces parties un certain degré de compression. 2° La seconde classe renferme les causes qui agissent en affaiblissant toute l'économie ou l'œil seulement. Rien ne tend plus, selon le même auteur, à diminuer la force de ces organes que la fatigue que leur cause la fixation des objets très-petits, très-colorés, très-brillans, comme la réflexion d'une lumière très-vive. Il cite l'observation d'un homme qui contracta une amaurose pour avoir parcouru un pays couvert de neige, et celle d'une personne qui fut attaquée de la même maladie pour avoir été tout à coup frappée par la clarté vive et brillante de la foudre. Le professeur Beer appuie l'opinion précédente. 3° Enfin, dans le troisième ordre de causes, sont placées les irritations qui affectent d'une manière inexplicable le nerf optique et le rendent insensible à l'impression de la lumière. Plusieurs de ces irritations sont supposées avoir leur siége dans les viscères abdominaux d'où elles s'étendent sympathiquement vers les yeux.

Dans l'amaurose vraie et simple de Beer, il n'y a que les propriétés vitales du nerf optique et de la

rétine qui soient altérées ; elle dépend d'un excès de vitalité ou mieux de sensibilité de ces parties nerveuses, ou réside dans l'appauvrissement de cette vitalité ou sensibilité. La première variété de cette amaurose dépend toujours d'une congestion de sang vers la tête et les yeux, laquelle exerce une influence marquée sur la formation première de cette maladie. Toutes les circonstances qui tendent à provoquer une grande faiblesse générale ou bornée aux yeux, sont les causes plus ou moins déterminantes de la deuxième espèce.

Dans les intéressantes leçons de clinique de M. le docteur Sichel, publiées dans la LANCETTE, on trouve (n° 64) : ..... Que celles des amauroses qui ne sont pas le symptôme de l'affection d'un organe autre que celui de la vue (c'est-à-dire qui ne sont pas sympathiques), peuvent le plus souvent être réduites à deux espèces : l'une est celle où la maladie consiste dans une irritation, une congestion sanguine, ou même une inflammation soit de la choroïde, soit de la rétine ou du nerf optique ; l'autre où l'affection consiste dans la paralysie plus ou moins complète de ces dernières parties nerveuses.

Ces explications et celles de la plupart des ophthalmologues, relativement à l'étiologie de cette maladie, diffèrent peu : je les considérerai donc comme les plus générales, les mieux accréditées, et vais rechercher à quelle classe de causes peuvent se rattacher les observations suivantes.

OBS. I. — Il s'agit dans le premier cas d'une jeune femme de 24 ans, bien constituée, nullement lymphatique, bien réglée, jouissant d'une parfaite santé, n'ayant d'ailleurs jamais été malade, et qui une nuit se réveillant, puis se plaçant subitement à la fenêtre, aperçut dans la rue la clarté de lumières, éprouva tout à coup une sensation extraordinaire dans l'œil droit et fut saisie de surprise et d'effroi en reconnaissant bientôt que la paupière de ce côté était involontairement close, tombante, et la vision trouble.

Des sangsues, des vésicatoires, des frictions irritantes vers les tempes, lui furent conseillés, le tout sans résultat avantageux.

Je n'eus l'occasion de voir la malade qu'environ quinze jours après l'accident. A cette époque, la paupière droite, incapable de tout mouvement retombait après qu'on l'avait soulevée. Il y avait néanmoins conservation de la sensibilité, car le moindre attouchement à la surface était perçu ; l'œil était dévié, tourné en dehors, la pupille dilatée et l'ouverture pupillaire peu contractile, d'épaisseur à peu près d'un cinquième de celle de l'autre œil (tout-à-fait d'ailleurs dans l'état physiologique) ; la vision s'effectuait du côté malade, mais comme à travers une gaze, et les objets paraissaient doubles quand la vue s'exerçait simultanément des deux yeux. Au reste, nul changement appréciable dans la coloration de l'iris ou le fond de l'œil. Depuis quelques jours seulement une légère et profonde céphalalgie se faisait sentir vers la région coronale droite.

La vision double résultait ici de la déviation des axes visuels, et cette déviation avait pour cause l'amaurose bornée à un seul œil. Richter a en effet signalé le strabisme comme étant le signe le plus sûr de l'amaurose, et Beer, qui regarde aussi ce phénomène comme très-constant en pareille circonstance, en donne pour explication que l'œil malade ne s'arrête sur aucun objet et n'en fixe aucun. On peut, ce me semble, avec au moins autant de probabilité, en trouver la cause dans la maladie elle-même, ou dans une sorte d'extension de sa part. Dans le premier cas, elle ne s'observerait que quand l'amaurose serait incomplète, quand certaines portions seulement de la rétine (les médianes surtout) auraient été frappées de paralysie. Les autres parties de cette membrane nerveuse, restées sensibles à l'influx de la lumière, seraient alors instinctivement tournées vers le champ de la vision et dirigées à la rencontre de l'impression des rayons lumineux ; ou, suivant une autre hypothèse, le strabisme résultant de la résolution paralytique de quelque muscle moteur de l'œil, et par suite du défaut d'antagonisme, l'on conçoit que l'un des muscles droits, par exemple, puisse, ainsi que l'élévateur de la paupière, perdre la faculté de se contracter.

Quoi qu'il en soit, j'aurais dû rapporter le fait précédent à la seconde division établie par Richter. Je me rappelai en effet les exemples qu'il cite, et entre autres celui d'une amaurose survenue chez un extasié en contemplation devant le disque de la lune. Mais, préoccupé de l'idée de jeunesse et de force de la malade, et de l'insuffisance des deux ou trois précédentes applications de sangsues, j'insistai sur les évacuations sanguines et les révulsifs sur le canal intestinal. N'ayant obtenu aucun résultat avantageux, vers la fin de la huitaine, je crus devoir changer de médication et avoir recours aux moyens aptes à stimuler, à réveiller la sensibilité des organes nerveux de l'œil. Je prescrivis des frictions irritantes sur les tempes, le front et même la paupière ; je fis prendre les pilules de Méglin, placer un large vésicatoire à la nuque et ordonnai un vomitif (moyen que, dans l'autre manière de voir, j'aurais craint d'être nuisible, comme susceptible d'occasioner ou d'augmenter la congestion cérébrale). En moins d'une semaine, j'obtins un amendement assez remarquable : la paupière s'entr'ouvrait et laissait découvrir la partie inférieure de la pupille, l'œil malade distinguait un peu plus nettement les objets. Ce mieux restant stationnaire et les progrès vers la guérison paraissant s'arrêter, je songeai après quelques jours à l'emploi de la strychnine, et malgré sa moindre faveur actuelle, suite ordinaire d'un engouement peu modéré, je l'administrai d'abord à la dose d'un quart de grain par jour, que j'augmentai progressivement jusqu'à ce qu'elle fût portée à un demi-grain matin et soir. Dix ou douze jours plus tard, la guérison était complète ; le parallélisme entre les axes visuels qui, chaque jour, s'était rapproché davantage, était alors parfait, et rien au reste, soit dans l'aspect de l'œil, soit dans son aptitude à la vision, ne laissait soupçonner le moindre reliquat de l'affection antérieure.

OBS. II. — L'autre observation se rapproche beaucoup de la précédente et a été recueillie presque dans le même temps par M. le docteur Bodson, mon parent. Elle a trait à une amaurose double survenue progressivement en quelques jours, chez une femme âgée d'environ 50 ans, qui avait eu plusieurs enfans, et dont le temps critique n'était passé que depuis peu d'années. Quand M. Bodson fut appelé, la maladie datait déjà de 35 jours. Les paupières étaient closes, tombantes ; la pupille droite un peu plus dilatée ; la vision était imparfaite, comme nuageuse, et la vue semblait encore plus diffuse du côté où existait la dilatation pupillaire. Cette malade avait été saignée, avait subi trois applications de sangsues (deux derrière les oreilles, la troisième vers la partie interne et

supérieure des cuisses). Enfin, des bains de pieds sinapisés, des pilules purgatives avaient complété cette médication antiphlogistique, restée d'ailleurs sans heureux effets.

M. Bodson fit raser les cheveux de la partie supérieure de la région coronale et y fit placer un vésicatoire. Les autres moyens furent continués. Dès le quatrième jour de l'application de l'exutoire, les paupières purent s'entr'ouvrir légèrement; mais quelque temps s'étant écoulé sans nouvelle amélioration, les pilules purgatives furent remplacées par celles avec l'extrait alcoolique de noix vomique. Dès lors un mieux sensible se déclara chaque jour, et vers la fin de la troisième semaine la guérison était complète. Les paupières avaient en effet recouvré toute la vivacité de leurs mouvemens, et la vue était assez bonne pour qu'il fût possible à la personne précédemment affectée de reprendre des occupations à l'aiguille.

Il serait, je pense, inutile de chercher à démontrer, au moyen de nouveaux détails, ce qui semble résulter de l'évidence des faits; savoir : que les deux cas précédens d'amaurose n'étaient point de la nature de celles qui dépendent d'une affection viscérale (amaurose sympathiques), de celles qui résultent d'une congestion, d'une irritation ou même d'une inflammation des organes nerveux nécessaires à l'œil; mais qu'ils tenaient à la paralysie des nerfs ou membranes nerveuses des organes visuels; paralysie qui, au dire des ophthalmologues, atteint d'une manière plus ou moins complète le nerf optique, la rétine, ou même la choroïde. Remarquons que le nerf trifacial n'est point cité, bien que des expériences de M. le professeur Magendie (dont les résultats sont consignés dans son précis de physiologie), il résulte, 1° que le clignement dépend en partie du nerf facial, en partie du nerf de la cinquième paire, qu'il cesse ou se montre très-rarement après la section de ce dernier, et cesse toujours quand le nerf facial est coupé; 2° que la section des nerfs optiques abolit complétement la vue; que celle de la cinquième paire ne détruit pas toute la sensibilité de la rétine, mais qu'il n'en reste qu'une faible partie.

De ces données physiologiques ne peut-on pas inférer que ce sont les nerfs de la cinquième paire qui sont affectés dans les amauroses incomplètes, sinon toujours, du moins dans celles compliquées de paralysie des paupières, telles enfin qu'ils étaient dans les observations qu'on vient de lire?

Enfin, et comme dernières conséquences de tout ce qui précède, ne peut-on en appeler de la proscription trop absolue dans laquelle quelques médecins ont prétendu envelopper une substance trop vantée jadis, mais dont l'inefficacité n'est parfois aussi que la conséquence de contre-sens dans son emploi? et à ce propos insister sur la difficulté et l'importance de la science des indications; science qui fait consister l'art de guérir en autre chose que dans la lecture et la possession d'un formulaire, et qui la mettra toujours au-delà de la portée de ceux que l'étude n'aura pas initiés aux sciences dont il est le complément et l'application?

Lettre sur l'emploi des éméto-cathartiques dans le traitement des fièvres intermittentes; par M. Joussemet, médecin à Longeville (Vendée).

Monsieur et honoré confrère,

M. le docteur Piorry, dans son mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes, dit : « Il » faut avoir un bien grand désir de purger pour » administrer des éméto-cathartiques avant de faire » prendre le quinquina dans les fièvres d'accès. »

Permettez-moi, monsieur le rédacteur, de protester de toutes mes forces contre une semblable opinion. Le pays où j'exerce la médecine me permet d'apporter un avis dans cette importante question. Ce pays est marécageux, et fort loin des côtes de l'Océan. Je pensais comme M. Piorry au début de ma pratique dans ces contrées, et, guidé par les mêmes principes, j'administrai dans l'espace de quatre mois le sulfate de quinine à plus de cent malades sans les purger. La fièvre cessa comme par enchantement; mais au bout de trois semaines environ, la fièvre a récidivé chez le plus grand nombre de malades. Surpris d'un pareil résultat, je résolus alors de débuter par une dose d'émétique et d'ipéca. Depuis deux ans, plus de deux cents malades ont été soumis à ce genre de médication, et je n'ai pas eu au plus dix récidives.

Je laisse à M. Piorry, homme de talent et de bonne foi, le soin de tirer de ces faits les conclusions qu'ils renferment.

Agréez, etc., Joussemet, D.-M. M.

N. du R. La réclamation de notre honorable correspondant nous paraît très-fondée. Il n'est pas le seul qui ait remarqué combien sont sujets à récidives les individus qu'on n'a pas purgés avant l'administration du quinquina. Il est même des fièvres intermittentes qui n'ont cédé qu'à la méthode évacuante. C'est encore là un effet des constitutions médicales qui impriment aux maladies analogues des différences de nature, différences si essentielles pour leur traitement. Nous publierons dans notre prochain numéro un mémoire qui ne laissera aucun doute sur cette vérité, si bien reconnue par nos prédécesseurs et si mal comprise de nos jours.

VARIÉTÉS.

Suspension des douleurs par l'aimant (magnétisme minéral).

On fait en ce moment à l'hôpital Saint-Thomas de Londres, sous la direction du professeur Elliotson, des expériences sur la suspension des douleurs névralgiques par l'application sur le point douloureux d'un aimant. Les renseignemens que nous avons sur ces expériences, qui semblent inspirer beaucoup d'intérêt, sont encore très-incomplets. Ils nous sont fournis par un article de la Lancette du 1er juin, qui promet de plus amples détails lorsque de nouveaux faits seront venus à l'appui de ceux déjà observés, et, à l'exemple de ce journal, nous rapportons les faits sans commentaires.

L'auteur de l'article que nous citons rappelle un malade affecté d'une névralgie du doigt médius, qui fut pendant long-temps dans les salles du docteur Elliotson, qu'ont fait connaître dans le temps presque tous les journaux anglais, et chez lequel le professeur épuisa, sans lui procurer le moindre soulagement, toute la série des moyens que l'on oppose à cette affection. Bien que, d'après le rapport, cette névralgie fût un des cas les plus douloureux qui

aient jamais été observé, on fut obligé de renvoyer le malade dans un état de souffrance extraordinaire. Cependant il demanda plus tard à y rentrer, et l'on essaya encore avec le même insuccès les préparations de colchique. Enfin, la propriété sédative du *lobelia inflata,* dont on s'est beaucoup occupé en Angleterre depuis quelques années, fit naître au médecin le désir d'essayer ce médicament, et cette idée fut heureuse. Le malade prit le lobelia à doses croissantes, chaque heure, commençant par 7 gouttes de la teinture, et ajoutant une goutte à chaque dose progressive, jusqu'à ce qu'il arrivât à une quantité qu'il ne pouvait dépasser sans déranger les fonctions de l'estomac. Ce traitement fut suivi d'une notable diminution de la douleur. Le malade, qui avant ne pouvait traverser les salles, ou même toucher légèrement l'ongle du doigt affecté, et était arrivé au dernier degré de l'amaigrissement par la violence des douleurs et l'insomnie continuelle, put dès lors sortir, même au dehors de l'hôpital, jouir de quelques heures de sommeil et recouvrer une partie de sa santé ordinaire.

Cependant ce soulagement était loin d'être parfait et permanent. Pour conserver quelque repos, il était constamment obligé de continuer l'usage de ce médicament.

A cette époque, un médecin qui visitait accidentellement l'hôpital (le docteur Kelly), ayant suggéré l'idée d'employer le magnétisme minéral, le docteur Elliotson consentit aussitôt que l'on suspendît l'usage du lobelia inflata pour essayer l'effet de l'aimant. Cet effet fut, nous apprenons, positif. La douleur fut, à chaque application de l'instrument, enlevée et pour plusieurs heures; mais des circonstances locales empêchent que cette application soit faite aussi fréquemment qu'on pourrait le désirer.

Mardi dernier (le 28 mai), cette application a été faite en présence du docteur Elliotson et d'un grand nombre d'élèves, avec les circonstances suivantes.

L'instrument a la forme d'un fer à cheval. Il a environ 10 pouces dans son plus grand diamètre et 5 dans le plus étroit; il est composé de 5 plaques de métal, dont celle qui occupe le centre est la plus longue. Le tout est entouré d'un fort gallon. Dans ce moment, le malade éprouvait des souffrances très-vives et ne pouvait remuer la main. Le pôle nord fut passé doucement 5 ou 6 fois le long des côtés et sur le dos du doigt du milieu, et fut ensuite appliqué sur l'articulation centrale. A l'instant même, les douleurs du malade cessèrent si subitement et si complétement qu'il put avec facilité et sans douleur faire claquer ses doigts dans la paume de la main, et se déclara entièrement délivré de ses douleurs. Cependant le pouvoir de l'instrument allait plus loin encore, car l'opérateur montra qu'il jouissait de la propriété de reproduire la douleur avec son intensité la plus grande. Alors il dirigea le pôle sud vers le doigt du malade, et à la troisième passe celui-ci fut contraint de se mordre les lèvres et de fermer les yeux, tant était grande la souffrance qui venait d'être réveillée en lui. Quelques passes de plus, et son menton se trouva involontairement caché dans sa poitrine, et l'expression de ses traits indiquait la souffrance la plus aiguë. L'opérateur laissa cet état durer pendant quelques secondes, et alors fit disparaître avec une égale rapidité la douleur en présentant le pôle nord au doigt malade. Alors les spectateurs laissèrent le patient dans un état de calme et de tranquillité parfaits.

A l'extrémité de la même salle est une vieille femme, martyre d'un tic douloureux de la mâchoire inférieure, qui s'étend jusqu'à l'oreille et envahit une grande portion de la tête. Elle a rapporté que cette maladie la tient depuis neuf ans, et que depuis cette époque, elle n'a pas été un seul jour sans en souffrir, jusqu'au moment où elle est entrée à l'hôpital. Son extérieur annonce qu'elle a beaucoup souffert. On a appliqué aussi sur elle l'aimant et avec le même succès; mais au moment où avait lieu la visite dont nous rendons compte ici, elle n'en souffrait pas, et conséquemment on ne pouvait en ce moment essayer l'effet de l'aimant pour la calmer; mais un des assistans ayant demandé qu'on constatât son pouvoir à produire la douleur, le pôle sud fut passé depuis le milieu du menton jusqu'à l'oreille, le long de la mâchoire inférieure: à la troisième passe, la pauvre femme ressentit déjà le commencement de l'accès douloureux, et au bout de quelques secondes, il avait acquis toute son intensité. Tout le monde était alors convaincu de la réalité du fait. La présentation du pôle nord délivra entièrement la malade de sa douleur. L'opérateur dit ensuite qu'après avoir continué les passes, il aurait pu élever la douleur jusqu'à produire le délire.

Il y a dans une autre salle une femme qui avait souffert d'un violent mal de dents depuis trois mois, quand il y a quinze jours elle en fut complétement délivrée, au moins d'après son rapport, par une seule application, et depuis elle n'en avait pas ressenti la moindre trace.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

JUIN, 1833.

LANCETTE DU 1er. N° 69.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de MM. RICHERAND et JOBERT.

Fracture comminutive du tibia dans une lutte; résection d'une portion de cet os; emploi de l'appareil Larrey modifié ; guérison.

Quoique la chirurgie ait fait beaucoup de progrès, on n'a pas encore établi d'une manière bien précise le traitement des fractures compliquées de plaies. Tout ce qui a été écrit sur cette matière par les auteurs paraît souvent insuffisant pour guider les praticiens; aussi, en général, aujourd'hui, s'en tiennent-ils à leur propre expérience. Presque toujours, dans les grandes fractures avec altération grave des chairs, on faisait autrefois l'amputation.

Cette opération a pu avoir un bon succès à la suite des coups de feu ; mais dans combien d'autres cas le membre amputé aurait pu être conservé !

D'un autre côté, les pansemens fréquens dans les fractures compliquées de plaies occasionent souvent des suites funestes dans le traitement. Ce procédé rend même quelquefois inutile l'amputation faite plusieurs semaines après l'accident, les douleurs, la fièvre et la suppuration ayant épuisé le malade.

Des observations nombreuses démontrent que l'on peut éviter bien des accidens et causer moins de douleur, en mettant de longs intervalles dans les pansemens des fractures.

Lorsqu'un os long est brisé en éclats, le cas est des plus graves : si l'on fait immédiatement le sacrifice du membre, il reste des doutes sur la nécessité d'un parti aussi violent.

Cependant si les parties molles sont très-maltraitées, l'amputation paraît indispensable ; dans le cas où ces mêmes parties n'ont pas beaucoup souffert, comme lorsque la fracture est le résultat d'une chute qui aurait seulement brisé l'os sans affecter beaucoup les parties qui l'environnent, la résection, selon M. Jobert, est préférable.

En effet, il est presque toujours dangereux d'entreprendre, et encore plus d'accomplir dans ce dernier cas la réduction des fragmens ; toujours on éprouve une grande résistance, même en augmentant l'étendue de la plaie par des incisions.

Si l'on réussit, c'est au prix d'une irritation proportionnée aux efforts qu'il a fallu faire et les accidens inflammatoires sont terribles.

Si, ayant laissé passer les accidens primitifs, on essaie de réduire secondairement, dans l'espoir que la suppuration aura relâché les parties molles, on ne tarde point à s'apercevoir qu'on a été abusé par un faux calcul. L'inflammation a tout assujéti dans l'articulation où se trouvaient les parties ; les muscles se sont accommodés au raccourcissement du membre, et tendus par l'inflammation qu'ils partagent, ils ne peuvent se prêter à aucun alongement.

Telles sont les considérations qui ont engagé M. Jobert à employer les divers moyens énumérés plus haut pour guérir un malade couché au n° 26 de la salle Saint-Augustin.

C'est un homme âgé de 31 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique (charron de son état). Il fut reçu à St-Louis le 6 janvier dernier, pour une fracture qui avait eu lieu au niveau du tiers inférieur de la jambe avec le tiers moyen, à l'endroit où le tibia présente moins d'épaisseur et une légère torsion. Il paraît que le péroné décomposa le mouvement par son élasticité, et qu'il se courba seulement, car il conserva son intégrité.

L'accident qui détermina la fracture mérite d'être noté ici.

A la suite d'une rixe sur la place du Caire, et sortant du cabaret, il voulut, ainsi qu'il le dit, pendant le combat passer la jambe à son adversaire, mais celui-ci qui était solide, et avait pris un point d'appui sur le sol, opposa une vigoureuse résitance; enfin, dans un dernier effort, la jambe de notre malade se brisa. Apporté à Saint-Louis, l'interne de garde, après l'avoir visité, lui appliqua un appareil, et lui pratiqua une saignée.

Le lendemain à la visite, M. Jobert trouvant l'appareil dérangé, l'enleva. Il chercha à calmer les accidens inflammatoires par une nouvelle saignée et une application de 35 sangsues sur la jambe ; puis un débridement favorisa le diagnostic nécessaire au traitement de la fracture; il permit d'apprécier le rapport des fragmens, la nature des complications. Le dix-septième jour, M. Jobert se fondant sur la

conséquence fâcheuse qui résultait de la sortie de l'os au dehors, de sa dénudation, des douleurs que devraient nécessiter des pansemens renouvelés, de l'influence de l'air sur la plaie, de l'abondante suppuration, enfin des difficultés et des lenteurs de la cicatrisation, et par conséquent des difficultés dans le maintien et la consolidation des fragmens, se décida à faire la résection et à appliquer un appareil inamovible.

Le malade étant placé convenablement sur son lit, ayant la jambe sur l'appareil, des pinces incisives enlevèrent la portion de tibia sortie à travers les tégumens, et après avoir réduit ainsi cette fracture des plus graves aux conditions d'une fracture simple accompagnée de plaie, M. Jobert appliqua un appareil inamovible; pour cela un aide fixa le pied, un second fixa le genou et la cuisse, l'extension fut faite avec précision, et le rétablissement de la direction naturelle du membre fut suivi immédiatement de la cessation des accidens: la blessure devint simple.

Après l'avoir lavé ainsi que la jambe, on le couvrit de charpie, on humecta toutes les bandelettes avec du blanc d'œuf, et l'on en fit une application régulière comprenant toute la jambe.

Des coussins, deux grandes attelles, l'une en dedans, l'autre en dehors, furent appliquées, et plusieurs liens fixèrent le drap fanon et toutes les autres parties de l'appareil.

Visité tous les douze jours, l'appareil fut trouvé plusieurs fois baigné de pus, par suite de plusieurs incisions que des collections purulentes obligèrent à pratiquer, l'inflammation se dissipa, et l'appareil inamovible, méthodiquement dirigé, rendit évidemment la guérison moins difficile et moins périlleuse.

Aujourd'hui, après cinq mois de traitement, ce malade peut se permettre quelques mouvemens; sa jambe est découverte et libre de toute partie d'appareil, il n'y a aucune difformité, le raccourcissement est à peine sensible. Le membre conserve quelque faiblesse, mais sert à la marche.

C'est à l'aide de cette méthode, employée avec discernement, que M. Jobert a guéri des plaies considérables par l'effet des fractures; il a reconnu, par ses avantages, combien il est utile de modérer la suppuration, qui alors se fait en bien moins grande quantité.

Le malade couché à Saint-Augustin sortira guéri sous peu de jours.

COURS DE LA FACULTÉ.

Leçons de M. Andral sur l'Épilepsie.

(Suite du numéro précédent.)

Symptômes.

Les symptômes de l'épilepsie doivent être divisés en quatre périodes distinctes: avant l'accès, immédiatement après, et enfin dans l'intervalle. Avant l'accès, l'état du malade ne présente aucun phénomène certain ou uniforme; souvent il n'y a aucun symptôme précurseur; l'accès vient comme un coup de foudre. Mais dans d'autres cas, il y a des symptômes précurseurs qui marquent d'une manière assez positive l'approche du paroxysme. Ces symptômes varient; cependant on peut les réduire aux suivans: désordres des fonctions cérébrales, sous différentes formes; signes de congestion cérébrale qui se manifestent à des époques plus ou moins rapprochées de l'accès. Peu de minutes avant celui-ci, peu de secondes même, quelques sujets éprouvent un vertige violent, et les yeux et la face s'injectent. Chez d'autres il existe une modification spéciale de la sensibilité. Le malade, peu avant l'accès, ressent une douleur particulière, variant d'intensité dans quelque partie du corps, ou une simple sensation de froid, ou de démangeaison dans le même lieu. Le siége de ces phénomènes n'est pas constant; il peut être du sommet de la tête à la face, à la lèvre supérieure, quelquefois à l'occiput. Chez les femmes, c'est quelquefois dans un sein; chez quelques malades dans une seule articulation, l'articulation scapulo-humérale, par exemple; mais le plus souvent les moindres articulations, telles que les articulations des mains, des doigts, d'un seul doigt, sont le siége de ces douleurs. Cette sensation, enfin, peut se manifester dans les membres supérieurs et inférieurs, la partie moyenne et interne de la cuisse, le dos et la plante des pieds, un orteil, etc. Dans tous les cas, la sensation s'étendra rapidement aux autres parties du corps en général, et presque sans exception; elle va de bas en haut, et se dirige vers deux points principaux, le cœur et le cerveau. Si c'est vers le premier, des palpitations et une émotion violente se manifestent; si c'est, au contraire, vers le cerveau, le malade tombe immédiatement privé de sentiment, et reste dans cet état et sans conscience de ce qu'il éprouve, jusqu'à la fin de l'accès. Cette sensation est ce qu'on appelle *aura epileptica*, et n'existe pas dans tous les cas. Quelques malades, chez lesquels elle existe, ont appris par expérience à appliquer au moment de son apparition une compression mécanique, ligature, tourniquet, etc., entre le siége de la sensation et le tronc, et ont fait ainsi avorter l'accès. Ce fait est indubitable, bien qu'on ne puisse en donner une explication satisfaisante. Il a peut-être de l'analogie avec cet autre fait d'une femme épileptique qui fut parfaitement guérie par un large moxa appliqué à la nuque lorsqu'elle éprouvait cette sensation.

Du reste, cette modification particulière de la sensibilité, n'est pas le seul avant-coureur de cette maladie chez beaucoup de sujets. Quelques-uns, par exemple, éprouvent une céphalalgie intense, d'autres une vive douleur dans les reins, d'autres une hyperœsthésie cutanée, tandis que chez d'autres, au contraire, la sensibilité est diminuée. Beaucoup ont des hallucinations du goût, de l'ouïe, de l'odorat; ils se croient poursuivis d'odeurs fétides, de sons singuliers, tels que celui que produit la chute d'une cascade, le canon, la mousqueterie, les vents, etc. Quelquefois ils s'imaginent voir des objets effrayans. J'ai vu un malade qui, constamment avant l'accès, croyait être attaqué par un cheval furieux, et tombait épileptique au moment où il croyait voir l'animal sauter sur lui.

Dans un autre cas non moins singulier, rapporté par Tissot, le malade voyait une voiture et des chevaux se précipiter sur lui au galop, le cocher ayant un bonnet rouge. Quelques malades voient des flammes; d'autres éprouvent, au contraire, une diminution de perception dans les sens extérieurs; ils ont comme un premier degré d'amaurose, une surdité commençante, une insensibilité de la muqueuse nasale aux stimulans ordinaires. Ainsi, des épilepti-

ques qui ont l'habitude de prendre du tabac sont avertis de l'approche de l'accès par la faible impression que cette poudre leur fait éprouver. Les mouvemens peuvent aussi être influencés; quelques personnes éprouvent une diminution des forces musculaires, portée quelquefois jusqu'à une complète paralysie, ou seulement à la paralysie partielle d'un membre ou de quelques muscles.

Chez d'autres, au contraire, la myotilité est exaltée; ils éprouvent des convulsions, des crampes, etc. Une perversion singulière de cette fonction a été quelquefois observée comme précurseur de l'épilepsie.

Dans un cas, quelques minutes avant l'accès, le malade était pris d'un irrésistible besoin de courir; il s'y livrait avec violence, et tombait arrêté par le mal. Un autre était forcé de tourner sur lui-même jusqu'à ce qu'il tombât. D'autres enfin éprouvent des contractions singulières, inexplicables, du larynx, qui leur font pousser des cris étranges et sauvages, et ne cessent que lorsque l'accès arrive.

L'intelligence peut aussi être troublée. Quelques jours avant l'accès, le malade est poursuivi d'idées bizarres, de raisonnemens vicieux; il est triste, inquiet, irascible. Le sommeil est quelquefois agité, interrompu par des rêves effrayans, ou totalement suspendu. On a aussi, dans quelques cas, observé les symptômes suivans : des palpitations violentes, une douleur ou des crampes dans l'estomac, des vomissemens, de la dyspepsie sous différentes formes, des éructations, des évacuations prodigieuses de gaz par la bouche, une excrétion involontaire d'urine, etc. La circulation capillaire elle-même peut être troublée; de la rougeur et des éructations se montrent sur différens points de la surface du corps. On a vu l'urticaire précéder chaque accès de quinze heures. Dans un autre cas, dix heures avant l'attaque, le bout du nez devenait rouge et gonflé; une autre fois, chez une femme, la peau du front s'enflammait et se tuméfiait. Enfin, chez d'autres malades, on a remarqué un gonflement des veines des mains et des membres supérieurs. Tels sont les divers accidens qui constituent les symptômes précurseurs de l'épilepsie dans beaucoup de cas. Souvent, néanmoins, rien n'annonce l'accès; et enfin, lorsqu'il y a de ces symptômes, leur durée varie de quelques minutes à plusieurs jours.

Nous devons maintenant examiner les symptômes qui ont lieu pendant l'accès et les signes diagnostiques qui distinguent cette maladie de plusieurs autres. Selon MM. Esquirol, Foville et Calmeil, les accès d'épilepsie se présentent sous trois variétés principales : Le grand-mal, le petit-mal et l'absence. Le grand-mal ou le véritable accès épileptique peut exister avec ou sans symptômes précurseurs; le malade tombe subitement et perd tout sentiment de son état, il pousse fréquemment des cris perçans et effroyables. Quelquefois néanmoins il ne fait que gémir, ou garde un silence absolu; alors surviennent différentes lésions du mouvement et du sentiment. Les organes de l'intellect et les fonctions de la nutrition souffrent bientôt. Il faut beaucoup d'attention pour ne pas confondre les dérangemens de la myotilité de ceux que l'on observe dans une foule d'autres maladies. On doit donc distinguer trois périodes dans les accès. La première est marquée par une raideur tétanique, la tête est repoussée en arrière, les yeux sont ouverts, il y a souvent du strabisme, les dents sont fortement serrées et la bouche déviée comme dans le tétanos. La langue est souvent gonflée, d'autres muscles participent aussi à cette rigidité, ceux des membres supérieurs plus fréquemment que ceux des extrémités inférieures. Tous ces phénomènes durent peu de temps et se dissipent même, à peine après avoir paru.

La seconde période est marquée par les convulsions. La face, d'abord immobile, devient le siége d'horribles grimaces que l'on peut cependant borner à cinq ou six contorsions faciles à distinguer, mais indéfinissables et variant d'intensité depuis une contraction désordonnée jusqu'à une violence d'action qui expose et souvent altère l'articulation temporo-maxillaire. Les membres sont en même temps convulsés. L'anus éprouve des contractions violentes. A l'inverse de ce que l'on observe dans l'hystérie, les extrémités inférieures sont moins fortement agitées que les extrémités supérieures. Les muscles du tronc et de l'abdomen participent également à ces convulsions, et la respiration en devient embarrassée. Dans quelques cas rares on voit ces contractions, ces convulsions se borner à un seul côté; c'est ce que M. Brachet, de Lyon, a appelé épilepsie hémiplégique. Ces deux périodes durent de une à vingt minutes; si elles se prolongeaient davantage, la mort serait en vérité inévitable.

La troisième période est caractérisée par un collapsus musculaire; l'action de ce système paraît brisée; il tombe dans une prostration complète. Cet état se prolonge beaucoup plus long-temps que les autres.

Depuis le commencement de la première de ces périodes jusqu'au milieu de la troisième, le sentiment est complètement aboli. On peut pincer, brûler, déchirer le malade sans qu'il en ait conscience et sans qu'il en éprouve de douleur. La vue, le goût, l'odorat, l'ouïe, tous les sens sont momentanément anéantis. Il y a, en un mot, un coma profond d'où le malade sort peu à peu; il commence par ouvrir les yeux, il regarde les objets sans les reconnaître, il est dans un état de stupidité; ses réponses sont déraisonnables; il est tourmenté du besoin de repos, et supplie qu'on le laisse seul, qu'on le laisse dormir. Il s'éveille alors en état parfait de raison; quelquefois la raison revient sans l'intervention du sommeil. Dans une autre variété, l'épilepsie apoplectiforme, le coma se prolonge et ne finit souvent que par la mort.

Dans toutes ces périodes, la circulation offre divers phénomènes à noter. Dans la première, à moins que la congestion cérébrale ne soit un symptôme précurseur, il n'y a aucun trouble remarquable dans le système circulatoire; la face est pâle, le pouls naturel, plus lent même, les artères battent comme à l'ordinaire, les veines ne sont par engorgées. Mais dès que la seconde période commence et que les convulsions se déclarent, les symptômes de la congestion cérébrale apparaissent aussi; les veines jugulaires se gonflent, la face est rouge et gorgée. La circulation capillaire participe souvent au trouble général, et la peau du cou et de la face devient d'un bleu violet, comme dans le choléra; quelquefois même cette couleur envahit la poitrine, les bras et tout le corps : la mort n'est pas rare en cet état. De violentes palpitations se déclarent ordinairement, le cœur réagit avec force et vitesse. Les modifications de la respiration ne sont pas moins importantes. Dans la période de début ou tétanique, elle est très-gravement affectée, ce qui est dû à l'immobilité des muscles respiratoires, et si cet état se prolongeait, il amènerait bien certainement la mort.

Dans la seconde période, l'air arrive dans les bronches, mais d'une manière irrégulière, et en est chassé avec des efforts considérables.

Dans la troisième période, l'air pénètre dans les poumons avec violence, l'expiration est bruyante et particulière; elle forme un des signes caractéristiques de l'épilepsie par l'expulsion de l'écume accumulée dans la bouche. Les excrétions sont aussi dérangées; les fèces, l'urine et la semence sont expulsées involontairement. L'accès dure ordinairement aussi de une à vingt minutes. Quelques auteurs ont parlé d'accès prolongés pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; mais c'était sans doute alors plutôt une série d'accès qu'un accès unique.

Les phénomènes que présente le petit-mal sont très-curieux, et peuvent précéder le grand-mal que nous venons de décrire, de plusieurs années. Il est difficile de donner une description de ses caractères, tellement ils sont variés et inconstans. En général, le symptôme le plus commun est la perte du sentiment. Vient ensuite une légère raideur ou des convulsions partielles bornées à quelques muscles, à une articulation, à un membre, même à un seul doigt. Ce symptôme dure une minute ou deux et se dissipe.

Dans une seconde variété du petit-mal, il n'y a aucun symptôme que la perte du sentiment, et un faible degré de collapsus musculaire. Le malade tout d'un coup s'arrête au milieu de la conversation, ne voit plus, n'entend plus, ne peut articuler aucune parole; les facultés intellectuelles sont suspendues; mais la raideur et les convulsions manquent, et il revient à lui sans passer par un état de stupeur ou d'ivresse. Cette variété constitue l'absence des écrivains que j'ai déjà cités. Ces trois formes existent rarement seules, mais se réunissent chez le même malade. La première (grand-mal) est celle qui est le plus ordinairement isolée; la deuxième ou la troisième s'accompagne presque toujours de la première.

Les symptômes qui suivent les accès doivent être notés. Le premier qui ne manque jamais et est commun à toutes les formes de la maladie est un oubli complet de tout ce qui s'est passé durant l'accès, circonstance qui peut étonner si on a égard à la violence effrayante que présentent si souvent les accès. La fatigue est aussi un effet très-ordinaire et s'explique naturellement. Un effet extraordinaire est l'exaltation des facultés mentales après l'accès; mais le contraire ou l'affaissement de ces facultés est plus souvent observé. L'instinct et les sens sont aussi pervertis; ainsi on a vu succéder à un accès tous les symptômes de l'hydrophobie, ou des hallucinations variées. Quelques malades éprouvent des mouvemens désordonnés et des contractions convulsives pendant plusieurs jours. Le strabisme est aussi assez fréquent. On cite le cas d'un homme de 32 ans qui, après une attaque d'épilepsie, demeura dans un état d'hémiplégie pendant plusieurs jours, sans éprouver aucun désordre intellectuel.

Quelques malades conservent des taches rouges sur le corps. Bien d'autres symptômes ont été observés, qu'il est inutile de rapporter ici. Dans l'intervalle des accès, quelques malades sont dans un parfait état de santé en apparence, surtout lorsque les paroxysmes sont très-distincts les unes des autres. Chez quelques sujets les organes digestifs restent dérangés, chez d'autres il y a une divagation d'idées qui augmente après chaque accès, jusqu'à ce qu'enfin cet état se termine par une démence complète.

LANCETTE DU 4. N° 70.

HOPITAL SAINT-THOMAS DE LONDRES.

Cours clinique de M. Elliotson.

Remarques sur un cas de diabète sucré traité par la strychnine.

Le diabète est une maladie singulière dans laquelle les urines contiennent une matière ordinairement étrangère au corps de l'homme, du sucre. J'ignore comment elle est produite, et lorsqu'il se termine par la mort, le cadavre ne présente rien qui puisse expliquer la cause de cette anomalie. On ne sait pas non plus avec certitude si le mal provient d'un désordre dans l'action des reins ou dans celle d'assimilation des autres organes. La maladie est ordinairement marquée par l'expulsion d'une quantité extraordinaire d'urine, et, par suite de l'excès de cette excrétion, un grand nombre d'autres symptômes apparaissent; mais ces symptômes ne trahissent nullement la cause de la maladie, car ils peuvent être produits aussi bien par l'affection des reins que par celle de tout autre organe.

Ces symptômes sont : une soif très-vive, et en général une telle sécheresse de la peau, que les poils tombent, et la peau elle même s'use plus ou moins. Les premiers de ces symptômes peuvent être dus seulement à la quantité excessive d'urine rendue, et en sont l'effet naturel. La production du sucre peut donner lieu aux derniers; le sucre étant une substance solide, son excrétion du corps peut augmenter les effets énervans d'une extrême perte de liquide. Ce désordre s'oppose à la nourriture du corps; la graisse est bientôt absorbée, les fonctions de nutrition sont contrariées, il survient une grande faiblesse et une émaciation générales. Fréquemment aussi, les jambes s'enflent, et il y a surtout perte d'action des organes sexuels et absence d'appétits vénériens. Je n'ai jamais vu un cas de diabète dans lequel ces symptômes n'aient existé. Souvent les malades ne s'en plaignent pas au début de la maladie; mais souvent aussi ils commencent en même temps que le mal, et quelquefois ce sont les premiers que remarque le malade. Il est difficile d'expliquer ce fait, car il est loin d'être en rapport avec la faiblesse générale, et il se déclare souvent avant que le sujet soit en aucune manière affaibli. Ce symptôme est indiqué par peu d'auteurs, et cependant tous les diabétiques que j'ai eu occasion de voir m'ont avoué la perte de tous désirs. Ces malades éprouvent aussi un grand abattement moral. L'appétit se conserve, la soif est grande, et la faim est souvent aussi extrême; ce qui tient probablement au désordre des urines. Les malades se plaignent, en général, d'éprouver un besoin continuel au creux de l'estomac, ce viscère, selon moi, dissolvant avec tant de rapidité ce qu'il contient, qu'il est vide de nourriture presque aussitôt que le repas est achevé. Toutes les fois que l'organisation a besoin d'une grande activité de nutrition, la digestion est extrêmement rapide.

Chez le sujet que nous avons sous les yeux, une soif extrême et un violent appétit existent.

Outre ces symptômes produits par la perte de l'urine et de matériaux solides, on observe en général de la sécheresse à la langue et à la peau, de l'acce-

lération dans le pouls, qui cependant a de la petitesse. La bouche est souvent chaude, et dans la plupart des cas la langue et les gencives sont rouges, ainsi que l'extrémité de l'urètre, et, pour peu que le prépuce ait de longueur, il n'est pas rare d'observer du phimosis. La langue a souvent un aspect particulier, elle est singulièrement lisse en même temps que rouge. Quelquefois, mais rarement, elle est blanche. Notre malade se plaint de chaleur dans la bouche et le gosier, et d'un goût acide. Quelquefois les sujets éprouvent un goût sucré dans la bouche et par l'haleine. Le docteur Lattam dit que les diabétiques répandent souvent une odeur analogue à celle du foin nouveau : mais la peau est si sèche que je crois l'exhalaison cutanée rarement assez abondante pour donner lieu à cette odeur ; je l'attribuerais plutôt à l'haleine. Le papier de tournesol m'a indiqué de l'acidité dans la salive de notre malade.

A mesure que le mal fait des progrès, on observe ordinairement de la rougeur aux joues, les urines deviennent plus abondantes et plus altérées. A son entrée, notre malade rendait trente-deux pintes (1) d'urine en vingt-quatre heures. Leur quantité est quelquefois plus considérable. Pierre Frank rapporte un cas où elles allaient jusqu'à 40 pintes dans le jour et quelquefois même à 52. La quantité ordinaire est de six à vingt pintes en vingt-quatre heures. Les urines excèdent la quantité de boisson, c'est ce que j'ai fréquemment observé, quoique le fait ne soit pas constant. Pierre Frank dit avoir vu un cas dans lequel la quantité d'urine dépassait, en peu de jours le poids total du corps. Quelquefois, cependant, la quantité d'urine, loin d'augmenter, diminue, mais la proportion du sucre ne diminue pas, et augmente peut-être. Le même auteur cite un fait où les urines n'étaient pas excessives, mais chaque pinte contenait six onces de sucre.

Dans cette maladie, la pesanteur spécifique de l'urine augmente également. La pesanteur spécifique du sang et de l'urine varie dans l'état de santé selon les sujets ; l'urine est de 1010 à 1020, l'eau étant à 1000. Dans le diabète cette pesanteur s'accroît en raison de la présence du sucre, de telle sorte que quelquefois elle s'élève à 1050 ; ceci doit dépendre presque entièrement de la présence du sucre, car il y a en général très-peu d'autres substances étrangères dans l'urine des diabétiques. Je l'ai moi-même vu fréquemment à 1050, et une fois même à 1055. Chez notre malade elle s'élève à 1035. Cela est énorme. Si on place sur le feu de l'urine diabétique et qu'on la fasse évaporer, il ne reste que du sucre pur, analogue plutôt au sucre de raisin qu'à celui de canne. Le docteur Prout a obtenu deux onces de résidu solide et une once et demie de sucre pur d'une livre d'urine à 1050. Le docteur Frank a eu 26 onces de 44 livres d'urine. Le docteur Dobbs a obtenu 26 onces de matière sucrée ; et M. Cruickshank trois onces et demie d'extrait de sucre de 36 onces d'urine.

Dix livres d'urine à 1040 donneront ordinairement une livre et un quart d'extrait solide. Comme on peut d'ailleurs le supposer, l'urine diabétique, si on la garde, subira, par l'effet du sucre qu'elle contient, la fermentation vineuse et deviendra spiritueuse au point de brûler si on la pose sur le feu.

Mais il y a dans les urines d'autres changemens que la production du sucre. L'urée y est considérablement diminuée, et on dit même que quelquefois elle manque absolument. Souvent, néanmoins, cette substance ne subit pas de diminution. De plus les sels de l'urine et l'acide urique diminuent, et j'ai vu, dans quelques cas, ces dernières substances manquer tout-à-fait. On a supposé que l'urée manquant, le sucre avait pris sa place, mais je crois que l'on a quelquefois rencontré de l'urée en abondance, bien qu'il n'existât qu'une petite quantité de sucre.

Les circonstances que je viens d'exposer sont des plus curieuses. On doit tenir note que le sang des diabétiques ne contient pas du sucre en même temps que les urines ; du moins les meilleurs chimistes prétendent qu'il n'y en existe pas, bien que quelques autres assurent avoir trouvé quelque chose d'analogue. S'il est donc certain que le sang ne doit pas nécessairement éprouver de changement, il est probable que la maladie a pour siége les reins. Il y a une circonstance qui tend à montrer que les reins eux-mêmes sont affectés, c'est que des coups portés sur cette région ont produit le diabète. Il est encore bien curieux de savoir que même dans les cas qui doivent être mortels, le sucre disparaît entièrement avant la mort. C'est là un des symptômes les plus fâcheux qui puissent se présenter. Il est une espèce d'urine diabétique que le docteur Prout considère comme d'un augure plus fâcheux, c'est celle dans laquelle se montrent un petit dépôt blanchâtre, des filamens de nature albumineuse. Quand elle offre ces caractères, l'urine a une bien plus grande disposition à fermenter. Quelques chimistes disent que l'albumine paraît dans les urines avant le retour des sels et de l'urée, mais mon observation ne m'a pas confirmé cette opinion. Quant au sang, je l'ai fréquemment examiné avec le secours seulement de mes yeux sans avoir jamais pu y découvrir de changement. Il m'a toujours paru parfaitement naturel ; j'en ai plusieurs fois remis au docteur Prout, un de nos meilleurs chimistes, qui n'a jamais pu y découvrir du sucre, quoiqu'il ait quelquefois aperçu une substance qui ressemble au sucre. Le docteur Wat, de Glasgow, disait l'avoir vu quelquefois de la couleur de la thériaque, c'est ce que je n'ai jamais observé quoique j'aie vu le sang d'un grand nombre de diabétiques. Quelquefois je l'ai vu avec des caractères du chyle, blanchâtre, tel qu'on l'observe après le repas, mais je n'ai jamais pu y découvrir d'autres changemens particuliers. Une ou deux fois je l'ai trouvé écumeux. Quelques auteurs disent qu'on ne rencontre pas d'urée dans l'urine, même alors que les malades ont fait quelque temps usage de cette substance comme médicament. Mais l'urée existe généralement dans l'urine et souvent en grande quantité. On dit encore que le sang des diabétiques se putréfie moins promptement que celui d'une personne en bonne santé.

Bien que dans cette maladie la peau soit généralement sèche, il n'est cependant pas rare que les malades transpirent et même abondamment. C'est ce qui arrive au malade que nous avons sous les yeux, et j'en ai vu d'autres nager dans la sueur. Il ne résulte, du reste aucun avantage de cet état ; cependant si la maladie tend à diminuer, la sueur peut être un fort bon signe, comme étant l'effet d'un changement favorable.

Le diabète a une grande tendance à se terminer par la phthisie ou à en être compliqué. La phthisie en est en effet une terminaison très-commune, soit que le diabète la détermine, soit que celle-ci suive comme un anneau dans la chaîne des événemens

(1) La pinte anglaise équivaut à notre chopine.

qui doivent compléter la maladie. La mort arrive ordinairement par un simple épuisement, et quelquefois d'une manière subite. J'ai vu plusieurs exemples de cette dernière terminaison quand j'étudiais la médecine. Le diabète s'améliore ou cesse pour un temps, ou guérit; mais ce résultat est rare. La quantité d'urine et de sucre décline alors en même temps; quelquefois la quantité d'urine reste la même, mais ce liquide perd graduellement son sucre jusqu'à ce qu'il n'en contienne plus, de sorte qu'il se transforme en diabète insipide, ou polyurie. Le mot diabète sucré est employé quand le sucre existe dans les urines, et, quand ce liquide est en quantité excessive mais sans sucre, celui de polyurie.

Le diabète varie beaucoup en fréquence, selon les pays. Il est très-commun en Ecosse; en Angleterre, il est en comparaison rare. Franck n'en a vu que trois cas en Allemagne en vingt ans, et sept en Italie en huit ans. Tulpius dit : « Affectus certè adprimè rarus, quem Galenus duntaxat bis, et Victor Trincavellius spatio 40 annorum ter solummodò vidit, et nos in frequentibus ægris bis improsperè, et semel feliciter in anu sexeganeriâ antè diem 14 sanatâ. »

LANCETTE DU 6. N° 71.

HOPITAL SAINT-THOMAS DE LONDRES.

Cours clinique de M. Elliotson.

(Suite du numéro précédent.)

Remarques sur un cas de diabète sucré traité par la strychnine.

Je parlerai maintenant du traitement mis en usage chez le malade actuellement dans nos salles. Il n'y a nul doute que la saignée est un remède souvent utile dans le diabète, et que la diète animale tend à le combattre. L'opium également qui, dans ses propriétés, n'a rien de commun avec ces deux moyens, a une influence marquée sur la maladie. J'ai souvent employé deux de ces moyens ou tous les trois ensemble, et je les ai plus ou moins adoptés dans le cas actuel. Le malade était affamé, demandait avec instance de la nourriture et surtout du lard; je lui en ai donné une livre par jour, sans cependant le réduire au seul usage de la viande. De temps à autre, le pouls était tel que je croyais convenable de le saigner.

Quoique l'opium ait un grand pouvoir sur la maladie, qu'il diminue la quantité de sucre et d'urine, et augmente l'acide urique et les sels, je n'ai cependant jamais guéri un malade avec cette substance seule. On peut la donner graduellement ou tout d'un coup; et dans cette maladie, comme dans tout autre, on peut la porter à une dose considérable. Dans un cas, par exemple, que j'ai traité dans cet hôpital, j'ai fini par donner 40 grains d'opium trois fois le jour, et il alla mieux sous l'influence de cette médication, de telle sorte que le sucre disparut entièrement; mais l'on commit un jour une grande erreur, et au lieu de pillules d'opium, 40 pillules bleues lui furent données à la fois, et trois fois par jour, 120 en tout. Avant la fin du jour l'erreur fut reconnue; le malade fut violemment purgé et saliva; et aussitôt que les évacuations abdominales eurent cessé, le diabète s'accrut, et désormais l'opium n'eut plus aucune action sur la maladie.

Dans le cas actuel j'ai cru devoir essayer la strychnine comme un substitut de l'opium. Comme cette substance est un puissant narcotique, j'ai pensé qu'elle agirait aussi bien que l'opium, sinon mieux, l'opium n'ayant jamais guéri un malade à ma connaissance. J'ai donc donné la strychnine, en commençant par un douzième de grain trois fois le jour, et augmentant graduellement jusqu'à un demi-grain trois fois par jour. Cette dernière dose produisit des secousses dans les membres et des vertiges; je la diminuai, et la portai à 475e de grain, mais les secousses revenant j'y renonçai et fis usage du sulfate de strychnine. Il commença par un 8e de grain, jusqu'aux 375e; je continuai cette médication au lieu de l'opium avec autant de nourriture qu'il put en prendre, et qui était une livre de lard par jour et le double de la quantité ordinaire de pain. Je le saignai quatre ou cinq fois (12 onces), son pouls étant plein, toutes les fois qu'il avait de la chaleur et de la fièvre. Il éprouva un peu de dyspepsie et je lui donnai, pour la combattre, l'acide hydrocyanique, deux gouttes trois fois le jour, jusqu'à douze gouttes. Il put alors retenir dans l'estomac le lard qu'il mangeait et ne fut plus exposé à le rendre; ses rapports acides cessèrent. Il se lassa alors du lard dont il avait fait usage depuis le 13 novembre jusqu'au 1er mars, et demanda du bœuf cru qu'il faisait cuire lui-même. Sa demande lui fut accordée et il mangea le bœuf presque cru. Sous l'influence de ce traitement, son état s'est considérablement amélioré, et le 26 mars il ne rend plus que six ou sept pintes d'urine en vingt-quatre heures. Il transpire fréquemment, a plus de force et engraisse de jour en jour. Quant à la pesanteur spécifique de l'urine elle a diminué de 1035 à 1025.

Les bons effets de la strychnine, dans ce cas, engageront sans doute les praticiens à essayer cette substance. L'acide hydrocyanique n'a aucun effet direct sur le mal. La jusquiame et la ciguë, que quelques auteurs recommandent, n'ont toujours paru sans avantage. La saignée a agi utilement quelquefois, et deux de mes malades lui ont dû une guérison presque complète. Comme le malade actuel n'a pas été astreint exclusivement à la diète animale, et qu'il a été saigné un petit nombre de fois, je ne puis attribuer son amélioration qu'à la strychnine, et je me propose de persister dans son emploi.

On peut observer chez ce malade, comme chez tous ceux qui en font usage, que ce médicament agit d'une manière uniforme, et aussi bien avec que sans acide; que la strychnine pure a plus d'effet que le sulfate. Comme toujours, elle a affecté la tête, causé des vertiges et de la céphalalgie, et des secousses dans les membres comme chez les paralytiques. (*The Lancet.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Résumé des Conférences cliniques de M. Louis.

(Cinquième article.)

Emphysème du poumon.

Sur 46 sujets attaqués de cette maladie, 29 ont été soulagés, 17 sont morts. L'âge moyen des premiers est

50 ans; 46 ans est celui de ceux qui ont succombé. Le plus souvent les symptômes apparaissent dans cet ordre de succession : oppression se transformant en accès de dyspnée intense, affaiblissement musculaire qui engage à quitter une profession pénible; maigreur, palpitations de cœur avec œdème des extrémités; cependant le teint n'est pas altéré; on n'observe ni sueur, ni fièvre : quelquefois le catarrhe pulmonaire chronique aigu vient s'y joindre.

A l'autopsie on trouve une augmentation dans le volume du poumon, avec hypertrophie des cellules.

Tel est le résultat sommaire d'une longue observation.

Reprenant les détails de ce résumé, et les soumettant à l'analyse, les poumons des 17 morts conservent leur élasticité, le bord est épais, même après avoir exprimé l'air par une forte pression : c'est bien là l'hypertrophie de tissu. Les cellules sont dilatées, du volume d'un grain de millet, d'un pois, d'un petit œuf, quand de nombreuses ruptures ont eu lieu dans le même point. Des 17 sujets, 2 avaient de ces tumeurs.

Pendant l'épidémie du choléra, M. Louis eut occasion de rencontrer dans ses nombreuses autopsies 23 sujets atteints d'emphysème. Réunissant ces cas avec les précédens, il a pu établir sur une plus grande masse de faits, le siége le plus fréquent de cette altération. C'est ainsi que l'emphysème général du côté gauche a été vu 23 fois; celui du côté droit 20 fois; celui du lobe supérieur gauche 8 fois, celui du lobe supérieur droit 12 fois. Le *maximum* de dilatation était à la partie antérieure et au bord libre.

Les bronches ayant été examinées sur 11 sujets, ont été trouvées dilatées trois fois dans les cas de tumeurs emphysémateuses. Leur calibre n'était pas augmenté dans l'emphysème général.

Dans 14 cas d'adhérences pleurétiques générales, il n'y avait pas d'emphysème de la totalité du poumon.

Symptômes. — L'oppression a lieu chez tous les sujets; elle débute seule dans un tiers des cas; dans les deux autres tiers la toux apparaît en même temps qu'elle. Sur 26, 6 malades font remonter leur dyspnée à la première enfance; elle est indépendante du catarrhe pulmonaire, des tubercules, des affections du cœur.

La toux débute avec l'oppression dans les deux tiers des cas; elle devient plus fréquente dans les accès de dyspnée; 22 fois sur 29, le liquide expectoré est clair, 6 fois verdâtre, sans être pelotonné comme dans les tubercules. Malgré l'intensité de la toux, on n'a jamais remarqué d'hémoptysie grave. Ces 26 sujets ont toussé pendant 15 ans; et cependant, dans l'autopsie de 17, deux seulement étaient tuberculeux, six l'étaient sur les vingt-trois emphysémateux qui moururent du choléra. Donc, c'est là une nouvelle preuve que le catarrhe ne se convertit pas nécessairement en phthisie tuberculeuse.

Quatorze fois sur vingt-cinq, les palpitations du cœur ont débuté après la moitié de la durée de la maladie. C'est ainsi que l'un des malades avait des palpitations depuis sept ans, et cependant le début de l'oppression remontait à vingt années.

Onze fois, sur 27, on a rencontré l'hypertrophie du cœur, d'où il suit que l'emphysème est une des causes de cette maladie. Cinq fois l'œdème des extrémités se montrait avec l'hypertrophie du cœur; on l'a vu neuf fois survenir chez les vingt-neuf individus sortis soulagés, ce qui prouve l'existence, chez eux, de cette altération de l'organe central.

L'appétit se conserve intact.

Chez vingt-trois sujets, la conformation de la poitrine ayant été examinée, M. Louis a trouvé qu'elle était toujours altérée par une saillie plus ou moins longue partant de la clavicule, et siégeant quatorze fois à gauche, sept fois à droite. Sur cette saillie la percussion est plus sonore que partout ailleurs; là aussi la respiration est plus faible.

Sur vingt-six cas, le râle sibilant a été entendu dix fois dans toute la poitrine; quatre fois il a été borné à la saillie. Sur vingt-six cas également, le râle sous-crépitant a été entendu quatorze fois à la base en arrière, dans le tiers inférieur de la poitrine. C'est donc à tort que Laennec a dit que le râle sous-crépitant était celui de l'emphysème, car quelquefois on ne l'a pas entendu au niveau de la saillie.

Dix fois des douleurs se sont montrées correspondre à cette partie bombée de la poitrine; deux fois elles existaient hors de cette région. Et à quoi tiennent ces douleurs? M. Louis pense qu'elles résultent simplement de la distension des ventricules pulmonaires, et non pas de la dilatation de la poitrine ni de la pleurésie, puisque jamais à cette partie antérieure on ne rencontre de fausses membranes.

La plus grande partie des malades atteints d'emphysème, en ont présenté les symptômes avant 40 ans. La durée moyenne de cette affection, chez ceux qui ont été soulagés, est 17 ans, 19 ans pour ceux qui sont morts.

Une question importante restait à résoudre : l'hérédité de cette maladie. Dans ces derniers temps, un jeune médecin américain, le docteur Jackson, a recueilli sous les yeux de M. Louis vingt-huit cas d'emphysème; dix-huit de ces malades avaient des parens asthmatiques, tandis que sur cinquante sujets non emphysémateux, trois seulement étaient nés de parens à courte respiration. Sur quatorze sujets atteints de dyspnée dès l'enfance, tous avaient des parens semblables.

COURS DE LA FACULTÉ.

Leçons de M. Andral sur l'épilepsie.

(Suite du n° 69, tome VII.)

Marche et traitement de l'épilepsie.

L'épilepsie, sous le rapport de ses progrès, peut se diviser en deux groupes, irrégulière et périodique; ou bien en épilepsie dont les paroxysmes ne reviennent que de loin en loin, et en épilepsie dont les accès sont très-fréquens. Il y a de nombreux exemples d'accès ne se montrant qu'une fois dans une année ou même dans plusieurs années; tandis qu'au contraire, les exemples sont bien plus fréquens d'accès revenant plusieurs fois le mois, toutes les semaines, tous les jours et même plusieurs fois le jour. La maladie peut être suspendue pendant plusieurs années et laisser craindre encore son retour; ainsi on a vu une rechute après douze ans. La rechute peut encore consister en un seul accès ou en plusieurs. Il est à remarquer que certaines maladies

semblent exercer une heureuse influence sur l'épilepsie, soit en suspendant seulement les paroxysmes ou en empêchant pour toujours leur retour; telles sont les fièvres intermittentes, la rougeole, la fièvre scarlatine, certaines affections du tube digestif. Il en est de même de certains états physiologiques, comme la grossesse. Cet effet, néanmoins, n'est pas constant; quelques femmes au contraire, ont des accès plus fréquens en cet état. L'épilepsie peut se terminer par la guérison définitive, mais ce résultat n'est pas également fréquent dans tous les âges : très-fréquent dans l'enfance, les chances en diminuent avec la puberté. La maladie est souvent suspendue naturellement à l'âge de huit ans et recommence à la puberté; de telle sorte qu'une intermission semblable ne donne pas la certitude d'une cure complète. Après la puberté, la guérison est bien plus rare; néanmoins les auteurs ont consigné quelques cas de guérison inespérée même à une période avancée de la vie. Tissot rapporte le cas d'un individu qui fut épileptique jusqu'à l'âge de trente ans; alors, ayant éprouvé un changement inexplicable dans sa constitution, le résultat fut la cure complète et sans retour de l'épilepsie. L'épilepsie peut quelquefois, dans sa marche, exercer une influence salutaire sur les fonctions en général, mais des cas semblables sont rares, les malades qui en sont atteints arrivant rarement à la vieillesse. Quelquefois la mort survient pendant et par l'accès, quelquefois par l'action énervante de plusieurs.

Le traitement diffère selon que l'accès existe ou qu'il s'est dissipé, selon l'intensité et la durée du paroxysme. Pendant l'accès, on a, en général, fort peu à faire, si ce n'est de préserver le malade de toute lésion matérielle par l'effet des convulsions. L'inspiration de substances spiritueuses et aromatiques, à laquelle quelques personnes ont recours, est une très-mauvaise pratique, peut porter un grand préjudice et ne diminue jamais la violence de l'accès. Cependant, lorsque le paroxysme se prolonge trop long-temps et que le coma devient profond, il faut agir avec hardiesse. Il devient alors important de désemplir les vaisseaux par une saignée locale ou générale, soit pendant, soit après la période convulsive. Quand l'accès est passé, s'il ne se manifeste aucun accident, s'il n'y a pas de congestion dans quelque organe, il n'y a autre chose à faire qu'à laisser le malade se livrer au repos et au sommeil. Si, au contraire, il se fait quelque congestion vers la tête ou la poitrine, si la respiration continue à être embarrassée, on doit avoir recours à la saignée ou à l'application de sangsues. On peut ouvrir la veine jugulaire, si les symptômes apoplectiques sont menaçans, en y joignant des applications révulsives, des sinapismes à la nuque.

Je puis donner un exemple récent du danger des symptômes apoplectiques; la malade, qui était à la Pitié, avait eu depuis 24 heures une série non interrompue d'accès, le coma persistant dans l'intervalle; elle a succombé.

A l'ouverture du corps, nous n'avons trouvé aucune trace de congestion, d'hypérémie, d'inflammation, ou de ramollissement dans le cerveau ou ses membranes. Toutes ces parties étaient pâles et sans injection. Mais l'épanchement de sérosité était tel que je n'en ai jamais vu d'aussi considérable. Les ventricules étaient dilatés au point de soulever la paroi supérieure des lobes latéraux. Ils ne contenaient pas moins de dix à douze onces de liquide. Cet épanchement s'était fait évidemment pendant l'accès, mais quant à la cause même de l'accès, la dissection ne put nous donner aucune lumière. Dans des cas analogues, de larges vésicatoires à la nuque sont évidemment indiqués.

Immédiatement avant l'accès, s'il n'existe pas de prodrôme, il n'y a réellement rien à faire. Mais quand des symptômes précurseurs se déclarent, il faut agir selon leur nature. Lorsque cette douleur, dont nous avons parlé, est très-marquée, une ligature posée entre elle et le centre de la circulation ou du système nerveux, ou bien un tourniquet, ou quelque autre moyen de compression, ou enfin l'application d'un moxa ou d'un vésicatoire sur la partie affectée, fait fréquemment avorter l'accès. Dans l'intervalle des accès, on doit se laisser guider surtout par les indications que les causes occasionelles favorisent.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, les causes occasionelles sont très-variées. La thérapeutique doit donc varier comme elles. La saignée, les sangsues, les purgatifs et les dérivations cutanées sont applicables exclusivement ou collectivement à tel ou tel cas. Les moyens d'irritation à la peau sont nombreux: les vésicatoires, les sétons, surtout à la nuque, les moxas à la base du crâne, les cautères actuels ou potentiels. On a recommandé d'employer ce dernier moyen sur la tête même. Cependant, dans certains cas, l'application du feu sur le crâne a été suivie d'une inflammation terrible, d'érysipèle, de carie des os et de la mort. La cautérisation sur un membre paraît plus rationelle. Le Journal des Progrès a rapporté l'observation d'un homme de 30 ans, chez lequel l'épilepsie fut suspendue par une brûlure à la cuisse qui fut suivie d'un ulcère. Nous ne sommes pas autorisés cependant à regarder cela comme une cure complète, le laps de temps écoulé entre la brûlure et la publication du fait n'étant pas assez considérable. Un autre cas a été publié dans « the American Journal of the medical sciences, » juillet 1826; c'est un homme de 46 ans qui était épileptique depuis l'âge de 14 ans. Depuis plusieurs années il était devenu comme idiot, et marchait à une mort rapide. Comme dernière ressource, on tenta l'opération du trépan, et le malade guérit, bien qu'un des instrumens eût lésé la dure-mère pendant l'opération. L'amputation d'un doigt a été pratiquée avec succès, dit on, dans les cas où la douleur ou *aura* y avait son point de départ; le nerf radial a aussi été coupé, mais sans succès avéré. Plus d'avantage paraît avoir été retiré, dans quelques cas, par l'enlèvement d'une tumeur qui comprimait un nerf.

Quant aux bains, ils sont utiles ou nuisibles selon la manière dont on les emploie. S'ils sont très-chauds, ils sont nuisibles en général, à moins qu'il ne soit urgent de rappeler une éruption cutanée, et même alors on doit avoir soin de rafraîchir la tête pendant ce temps.

Dans quelques variétés de l'épilepsie, les bains frais sont utiles. J'ai vu moi-même un malade qui, après l'accès, ne pouvait dormir que dans un bain à 16° Réaumur. Ce n'est qu'avec la plus grande réserve que l'on doit avoir recours aux bains très-froids, aux bains de surprise, etc. Les bains d'eau salée ne paraissent pas avoir plus d'avantage que les bains frais, à la même température. Dans quelques cas les voyages peuvent avoir de grands avantages; en général, tous les moyens de distraction peuvent concourir à suspendre ou diminuer le nom-

bre des accès. Il faut toujours porter une grande attention à l'état des fonctions des organes digestifs, de la menstruation, de la peau, etc., au régime, qui doit toujours être modéré; prévenir les excès en tout genre, etc.

Quant aux nombreux spécifiques qui, de temps à autre, ont été recommandés, il n'y a qu'une chose à dire, c'est qu'ils ont tous failli. Il faut cependant que nous donnions un aperçu de l'état de la science sur ce point. Je passerai sous silence l'administration dégoûtante du sang, des cendres d'os, des fèces, des urines, du méconium aux malheureuses victimes de cette maladie; je ne parlerai que des remèdes qui ont été plus rationellement conseillés.

Les acides carbonique et hydrocyanique, le premier en dissolution dans l'eau, ont été, par rapport à leurs effets physiologiques, proposés dans le traitement de cette maladie, et, disait-on, seraient employés avec succès; mais l'expérience n'a pas confirmé ces prétentions. L'ambre gris et les diverses préparations antimoniales, le tartre émétique et l'oxyde, par exemple, n'ont pas obtenu plus de succès. Le nitrate d'argent, plus préconisé, doit être examiné par nous avec soin.

Le nitrate d'argent a été employé dans quelques autres affections nerveuses, mais surtout dans l'épilepsie, à des doses variables, depuis un seizième de grain jusqu'à la quantité énorme de vingt grains par jour. M. Lombard, de Genève, qui a fait un excellent mémoire sur ce sujet, a donné un quatorzième de grain répété huit fois par jour à vingt-quatre malades, dont onze étaient épileptiques.

L'action du médicament est triple :

1°. Sur les organes digestifs;

2°. Sur la peau;

3°. Sur le cerveau.

De ces vingt-quatre malades, cinq ont eu, à la suite, des douleurs passagères à l'estomac, cinq autres de la diarrhée avec de la douleur dans les intestins, mais tout cela de peu de durée; un, de la constipation. Dans tous les autres cas l'effet sur les organes digestifs a été nul; il n'a produit ni soif, ni chaleur, ni douleur. Les effets singuliers que le nitrate d'argent produit quelquefois sur la peau, n'ont été observés dans aucun des cas rapportés par M. Lombard, circonstance qui certainement n'est due ni à la dose, ni à la durée du traitement; car les moindres doses et le temps le plus court suffisent pour les produire. La seule différence à noter, c'est que M. Lombard a fait prendre ce remède d'une manière intermittente.

Voici quels ont été les effets thérapeutiques : onze de ces malades étaient épileptiques, les autres étaient affectés d'autres maladies nerveuses. Dans tout le cours du traitement, sept ont pris plus d'un scrupule de nitrate, les autres plus d'un gros. Des onze épileptiques, un a été complètement guéri; dix huit années se sont écoulées sans rechute depuis l'administration du médicament. Dans trois cas il n'y a eu aucun effet; chez les autres sept malades les attaques ont paru diminuer de fréquence. Ce résultat, du reste, ne doit pas être regardé comme décisif, car rien n'est plus irrégulier que le retour des accès d'épilepsie. Quelques autres mémoires sur ce sujet ont été publiés dans différens journaux. Dans la plupart des cas, la peau a été tachée avant que la maladie fût soulagée. En un mot, il n'y a pas jusqu'à présent un nombre suffisant de faits, pour que l'on regarde le nitrate d'argent comme spécialement utile dans cette maladie.

Je vais indiquer par ordre alphabétique les autres moyens qui ont été proposés. Ce sont d'abord l'ammoniaque et l'assa-fœtida, à la dose d'un à dix grains; le camphre et le castoréum, de cinq à vingt grains par jour; le cuivre, que Boerrhaave regardait comme le remède par excellence, et surtout sa solution ammoniacale. De nombreuses objections peuvent être opposées aux faits qui servent d'appui à son opinion, cependant on trouvera quelques cas de son emploi dans le seizième volume des Archives. La digitale (Revue médicale, vol. III, p. 320); l'électricité, qui semble compter quelques succès analogues à celui publié dans un journal anglais par Pearson; dans ce cas deux vésicatoires ont été appliqués, un à la nuque, l'autre au genou, et on a mis chaque pôle opposé en contact avec une de ces surfaces; la guérison eut lieu en douze ou vingt-quatre heures. Nous devons tenir compte ici de l'influence exercée sur l'esprit du malade par ce moyen inusité. Les préparations de fer viennent ensuite; elles ont trouvé des prôneurs, mais elles méritent peu de confiance. La jusquiame, l'eau de laurier-cerise et le mercure sont très-vantés. Le musc, comme modificateur puissant du système nerveux, a été employé, dit-on, avec avantage à la dose de trois à dix grains par jour. C'est Tissot qui l'a surtout recommandé. Les Ephémérides de Montpellier, t. III, contiennent quelques cas de guérison par le narcisse des prés. L'opium peut être employé quand il n'y a pas contre-indication. L'infusion de fleurs d'orangers, ou la poudre à la dose d'une demi-once par jour; l'acétate de plomb, d'un demi-grain à six grains; le prussiate de fer (Rev. Méd., t. III, 1827); la quinine, dans les cas où la périodicité est tranchée; la strychnine, la térébenthine, que M. Foville, sceptique en pareille matière, a vu réussir une fois; l'oxyde de zinc et la valériane, que Tissot recommande; tous ces moyens enfin ont été essayés, mais le plus souvent sans succès; M. Chauffard, d'Avignon, a employé le dernier dans un cas où la maladie paraissait produite par la masturbation. La valériane fut donnée à la dose de deux à quatre gros par jour, et l'épilepsie cessa pendant l'usage du médicament. Il faut cependant observer que les habitudes de masturbation cessèrent en même temps.

Les principaux mémoires que l'on peut consulter sur ce sujet, outre les ouvrages dont j'ai déjà parlé, sont ceux de Bertin, l'article de M. Esquirol, dans le Dictionnaire des sciences médicales, la thèse de M. Calmeil, un article de M. Bouchet (Arch. gén., 1828), et la thèse de M. Braset. Paris, 1827.

LANCETTE DU 8. N° 72.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Clinique de M. Guersent.

Coqueluche compliquée de pneumonie et de stomatite pseudo-membraneuse; mort; noyaux d'hépatisation dans les deux poumons; excavation tuberculeuse.

Payen, âgé de 2 ans, admis à l'hôpital le 18 mai, est d'une constitution grêle, il éprouve une dyspnée habituelle par suite d'une mauvaise conformation du

thorax. Il porte depuis 13 mois une fistule à l'anus, tousse depuis trois semaines, et depuis dix jours la toux présente tous les caractères de la coqueluche.

Il y a huit jours, de fausses membranes se sont formées à l'intérieur de la bouche; depuis cette époque la fièvre est continue, la peau chaude, la soif vive, le malade est privé de sommeil, il est très-agité pendant la nuit; du reste il n'a pas éprouvé de diarrhée; aucun traitement actif n'a été mis en usage depuis l'invasion de la maladie.

Le 19, décubitus sur le dos, face pâle, d'une teinte légèrement violacée; dyspnée intense, quintes de coqueluche très-caractérisées, accompagnées de sifflement, et suivies de vomissement; respiration accélérée (50 inspirations par minute). L'auscultation du thorax fait entendre à gauche un râle crépitant fin et sec au niveau du lobe inférieur; le son est obscur dans cette partie de la poitrine; à droite on entend un râle sibilant en quelques points; l'haleine est fétide, les ganglions du cou sont engorgés, la langue présente à sa pointe une fausse membrane qui recouvre le bord antérieur et une petite partie de la face supérieure; des plaques couenneuses arrondies existent à l'intérieur de la lèvre inférieure; une plaque linéaire occupe l'intérieur de la joue gauche; soif vive, inappétence, ventre souple et indolent, constipation, peau chaude et sèche, 146 pulsations. Mauve édulcorée; gargarismes avec orge et miel rosat; une ventouse scarifiée; diète.

Le 20, les quintes de coqueluche sont très rapprochées, plus nombreuses la nuit que le jour; le pouls donne 152 pulsations; la respiration est à 54; même état de la poitrine. Les fausses membranes de la bouche restent bornées à la lèvre inférieure, à la joue gauche et à la langue; il n'en existe ni sur les amygdales, ni sur le pharynx. Gargarisme de 4 onces avec un scrupule de sulfate d'alumine.

Le 21, râle muqueux ronflant à gauche, râle sous-crépitant à droite en arrière; légère différence entre la sonoréité des deux côtés du thorax; pouls à 128; dyspnée, quintes de coqueluche toujours très-caractérisées.

Le 22, râle sous-crépitant à droite et à gauche. Une ventouse scarifiée suivie de l'application d'un cataplasme émollient.

Le 23, l'état de la poitrine paraît s'améliorer; le râle sous-crépitant est très-fugace à droite et à gauche : on ne l'entend que dans les fortes inspirations. Dans l'intention de calmer les quintes de coqueluche, M. Guersent prescrit un bain tiède.

Le 24, dans l'intervalle des quintes, qui persistent toujours, le malade est tourmenté par une tussicule sèche incessante. Il est très-agacé; il criaille beaucoup. On continue l'usage des bains, et on prescrit en outre quatre grains d'oxyde de zinc en quatre fois. On administre dans la journée les trois premiers, qui provoquent deux évacuations de matières brunâtres.

Dans la soirée la soif est intense; le pouls s'est élevé à 160 pulsations.

Le 25, on suspend l'oxide de zinc; le pouls bat 132 fois par minute; on ne compte que 36 mouvemens inspiratoires. Le malade est très-affaibli, très-abattu; les quintes de coqueluche sont très-faibles; elles sont en quelque sorte étouffées; l'engorgement pulmonaire devient de plus en plus manifeste; le son est mat à gauche; l'expansion pulmonaire faible en quelques points, nulle dans d'autres. Dans la soirée des mouvemens convulsifs se manifestent, les quintes de toux cessent complètement.

Le 26, les convulsions se répètent à des intervalles rapprochés; mort au milieu d'un accès.

Nécropsie, 24 heures après la mort.

Crâne. — Injection des vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau. Infiltration du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Teinte opaline de l'arachnoïde, qui n'adhère en aucun point à la surface des circonvolutions. La substance cérébrale, de couleur normale, n'offre ni induration, ni ramollissement partiel; les ventricules latéraux ne contiennent que quelques gouttes de sérosité; leurs parois sont saines.

Bouche. — Les plaques pseudo-membraneuses de l'intérieur des lèvres ont été en grande partie détachées; elles sont remplacées par des taches violacées. Celles de la langue et de l'intérieur de la joue gauche ont disparu complètement.

Poitrine. — La plèvre pulmonaire gauche adhère à la plèvre costale par des brides celluleuses évidemment d'ancienne date. Le lobe inférieur du poumon gauche contient une petite excavation tuberculeuse. Le tissu qui l'entoure est induré et tout-à-fait imperméable à l'air. Le lobe supérieur contient quelques tubercules crus très-disséminés. Le poumon droit n'offre plus d'adhérences; ses trois lobes sont fortement engoués à leur partie postérieure; ils contiennent quelques noyaux qui sont imperméables à l'air. Les ganglions bronchiques sont volumineux; quelques-uns contiennent des tubercules. La muqueuse qui tapisse l'épiglotte, les bords de la glotte, le larynx, la trachée-artère et l'origine des bronches, est saine. Les bronches du côté gauche offrent de la rougeur vers leurs extrémités; celles du côté droit sont pâles. Les nerfs pneumo-gastriques, examinés depuis leur sortie du crâne jusque dans le plexus pulmonaire, ne nous ont pas offert la moindre altération.

Abdomen. — Les organes contenus dans la cavité abdominale ne présentent rien d'anormal.

Il est rare que des enfans atteints de coqueluche simple entrent à l'hôpital; presque tous ceux que nous avons observés nous ont offert de graves complications du côté de la poitrine. Celui-ci se trouvait dans le cas d'une faible constitution, d'une santé chancelante, surtout depuis qu'il avait été sevré; placé d'ailleurs dans des conditions hygiéniques très-défavorables, il était atteint, au moment où il fut soumis à notre observation, d'une triple affection qui devait presque inévitablement l'entraîner au tombeau. La stomatite couenneuse annonçait déjà une altération profonde des liquides. Cette affection se manifeste principalement chez les enfans dont la santé est détériorée par une alimentation malsaine ou insuffisante, qui sont mal vêtus, mal logés, entassés avec leurs parens dans des chambres étroites et humides, où l'air n'est pas suffisamment renouvelé. De plus, sous la double influence de la coqueluche et des tubercules qui existaient dans le poumon, cet organe s'était enflammé, et était venu ajouter à la gravité de la maladie.

L'emploi du régime et des antiphlogistiques parut améliorer un instant l'état de la poitrine, mais bientôt la phlegmasie pulmonaire fit de nouveaux progrès, et réagit sur la coqueluche, dont les quintes devinrent sèches, et furent en quelque sorte étouffées. Ce signe est toujours facheux, il révèle l'existence d'une grave complication du côté du pa-

renchyme pulmonaire. Les bains et l'oxyde de zinc, qui sont les antiphlogistiques les plus propres à triompher de la coqueluche, furent ici impuissans. Des symptômes cérébraux survinrent, et le malade succomba au milieu des convulsions et de la dyspnée. Parmi les altérations assez nombreuses que nous a présentées le sujet, il est difficile d'assigner celles qui appartiennent à la coqueluche. La rougeur des bronches du côté gauche que nous avons constatée dans ce cas, se retrouve dans le catarrhe pulmonaire simple. D'ailleurs, les bronches n'offraient des traces de phlogose qu'autour du parenchyme pulmonaire hépatisé. La phlegmasie du poumon n'est pas un des caractères anatomiques de la coqueluche; ce n'est qu'une simple complication. Quant au nerf pneumo-gastrique, dont la lésion est regardée par quelques médecins allemands comme la cause prochaine de la coqueluche, il nous a paru tout-à-fait exempt d'altération. Le névrilème et la pulpe nerveuse ont été examinés avec soin. Nous avons comparé les nerfs de ce sujet avec ceux d'un autre cadavre mort d'une affection étrangère à l'appareil respiratoire; nous n'avons trouvé aucune différence appréciable. Quant à la légère congestion vasculaire du cerveau et des méninges, nous ne saurions la regarder comme caractérisant une méningite. Cette altération se retrouve chez tous les sujets qui succombent après quelques heures d'agonie. Les symptômes cérébraux sont, dans ce cas, purement sympathiques, et il est probable qu'ils sont plutôt la cause que l'effet de la congestion vasculaire du cerveau et des méninges. Nous signalons ce fait, parce qu'un auteur anglais (Abercrombie), qui a publié un traité *ex-professo* sur les maladies de l'encéphale, range parmi les méningites quelques faits analogues à celui que nous venons de rapporter. Des symptômes cérébraux vinrent se joindre à ceux de la coqueluche, les malades succombèrent, et la nécropsie ne fit découvrir qu'une légère injection du cerveau et de ses enveloppes. Cette lésion anatomique nous paraît insuffisante pour caractériser l'inflammation de l'arachnoïde.

Nota. Nous avons omis, dans cette nécropsie, de noter l'absence de dilatation des bronches, qui a été constatée. On sait que Laennec a signalé cette altération comme un des caractères anatomiques de la coqueluche; un seul nous a offert une dilatation de quelques tuyaux bronchiques.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Effets antiémorragiques du seigle ergoté chez l'homme.

Le docteur Lanyon, de Lostwithiel, écrit à la Lancette anglaise, en date du 3 avril : Un homme de 40 ans, d'un tempérament lymphatique, et depuis long-temps sujet à la toux, fut pris d'une attaque violente avec crachats muqueux, parfois mucoso-purulens, mêlés d'une quantité effrayante de sang noire : il n'y avait pas de fièvre. Les moyens ordinairement employés en pareille circonstance étant restés sans action, j'eus recours au seigle ergoté (dix grains de six en six heures), et l'hémorragie fut arrêtée.

Effets de l'acide hydrocyanique dans diverses affections.

Le même médecin communique à ce journal 14 cas dans lesquels un médicament trop négligé, l'acide hydrocyanique a produit des effets très-avantageux.

1° Une jeune veuve, disposée à l'hystérie, était depuis quelque temps affectée de gastrodynie. Une ou deux gouttes d'acide toutes les huit heures ont fait disparaître la douleur, qui n'est pas revenue après la huitième dose.

2° Une jeune femme dans la même position, mais avec une grande faiblesse d'estomac, fut guérie de la même manière.

3° Une dame ayant souffert d'inanition, qui avait eu une métrorrhagie abondante, fut prise d'une subite douleur à l'estomac s'étendant aux reins et aux épaules; langue blanche, chargée, bouche pâteuse, nausées, flatulences, constipation. Même succès.

4° Une jeune fille très-délicate, de 12 ans, disposée à la phthisie, dont la mère était morte de cette maladie, fut subitement prise de diarrhée causée par une frayeur, que dissipèrent les moyens ordinaires. Pâle, amaigrie, elle n'avait jamais de dyspnée; mais toux sèche, douleur précordiale, inspiration libre et sans toux; langue sèche couverte d'un enduit noirâtre; pas de sueurs la nuit : sommeil bon, de l'appétit, pouls faible à 90. Une demi-goutte, puis une goutte d'acide de trois en trois heures pendant trois jours, suffirent pour relever les forces, et calmer la toux; peu à peu la langue se nettoya et la convalescence s'établit.

5° Un enfant de quinze mois, atteint d'une bronchite aiguë, avait à la suite une toux sèche très fatigante. Un huitième de goutte d'acide de huit en huit heures la dissipa et fit rendre plusieurs lombrics.

6° Un homme lymphatique avait un rhumatisme aigu qui menaçait de se porter sur la poitrine. Les moyens ordinaires l'empêchèrent, mais il resta une toux opiniâtre qui ne lui permettait pas de rester dans son lit et de prendre du repos; expectoration mucoso-purulente; pouls à 70. La digitale, le colchique et d'autres moyens échouèrent. Une goutte d'acide trois fois le jour. Le lendemain même état; alors

Prenez acide hydrocyanique 9 gouttes,
Eau 6 onces.

deux cuillerées à café de huit en huit heures. Diminution des paroxysmes. La dose fut portée à deux gouttes et la toux disparut.

7° Une femme très délicate, souffrant de la vessie depuis plusieurs mois, et qu'on croyait affectée de calcul, avait entre autres symptômes une toux opiniâtre au moment de dormir et lorsqu'elle était dans une position horisontale, qui n'existait pas le jour. Une goutte d'acide prise tous les soirs pendant un certain temps, une demi-heure avant de se coucher, l'en délivra complètement.

8° Une femme de 36 ans, à une époque avancée de sa première grossesse, fut atteinte de violentes palpitations de cœur, qui, quoique durant depuis plusieurs mois, furent dissipées en deux ou trois jours par une goutte d'acide prise toutes les huit heures.

9° Un laboureur très délicat, de 30 ans, dont le frère était mort phthisique peu de mois auparavant, éprouvait de la douleur au côté droit du thorax, avec dyspnée et toux sèche et rude quand il se baissait; quelques sueurs nocturnes. Plusieurs saignées, purgatifs et vésicatoires n'avaient produit qu'un effet momentané. Une goutte ou une goutte et demie d'acide trois fois le jour le rétablit tout-à-fait.

10° Un enfant très faibles de onze mois, ayant eu deux maladies graves des poumons, était oppressé, et avait eu de la fièvre à la suite de la supres-

sion subite d'une rougeole. Il lui resta une toux fatigante. Un quart de goutte d'acide de huit en huit heures améliora son état à la quatrième d'ose, mais il survint de la fièvre; quand elle fut dissipée, l'acide fut repris et la toux disparut.

11° Une servante habituée à sortir nu-tête, contracta une toux spasmodique extrêmement pénible, surtout la nuit; les accès se prolongeaient jusqu'au matin. Ni expectoration, ni dyspnée. Une goutte d'acide trois fois le jour. La première dose fut prise au moment de se coucher, et le paroxysme diminua de suite. Elle en prit le jour suivant, et le soir une goutte et demie. La toux céda complètement en quelques jours.

12° Une jeune fille de 19 ans avait été péniblement réglée, elle se portait bien du reste; mais une violente douleur dans le côté gauche de la poitrine avec toux fatigante et dyspnée survint. Langue sèche et blanche. Trois ou quatre doses d'acides (une goutte trois fois le jour) amendèrent les symptômes, qu'une saignée renouvela, et qui se dissipèrent complètement en deux ou trois jours.

13° Une dame d'une forte constitution, très-disposée aux inflammations de poitrine, fut, dans une de ces maladies, atteinte de nausées excessives. Une goutte d'huile de croton-tiglium fut vomie; on en donna une deuxième avec une goutte d'acide hydrocyanique, elle fut gardée. Deux ou trois jours après, les nausées persistant, ipécacuanha à petite dose; vomissemens violens; une goutte d'acide les calma, et la malade dormit plusieurs heures. L'irritabilité de l'estomac et les nausées disparurent.

14° Un enfant robuste, de 3 ans et demi, avait eu la rougeole, qui, à son déclin, laissa une toux sèche considérable. Acide hydrocyanique, une demi-goutte trois fois le jour. La toux céda en quelques jours.

LANCETTE DU 11. N° 73.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

Service de MM. Richerand et Jobert.

Ascite guérie par une injection d'eau et d'alcool dans la cavité du péritoine (1).

Observation recueillie par M. Giraud-Dulong, interne du service.

Le 12 avril 1833, est entrée dans la salle Saint-Augustin la nommée Maufrat (Marie-Madeleine), âgée de 34 ans, mère de quatre enfans, journalière; cheveux châtains, peau blanche, système veineux médiocrement développé, constitution assez forte, tempérament nerveux, sanguin.

Son enfance s'est passée sans aucune maladie.

A la puberté, quelques indispositions précédèrent l'établissement du flux menstruel. Santé parfaite jusqu'en 1814. A cette époque, Marie Maufrat fut tellement effrayée de l'arrivée des alliés à Paris, qu'elle fut instantanément affectée d'ictère.

Il n'y eut d'autre trouble dans les fonctions de l'appareil digestif qu'un léger défaut d'appétit, quelques constipations; d'ailleurs aucune douleur à la région du foie, aucune augmentation dans son volume, ni envies de vomir, ni douleurs sympathiques, ni fièvre générale; la coloration jaune demeura un mois, et disparut sans laisser aucune trace de son existence, aucun signe qu'elle eût été symptomatique d'une affection organique de l'appareil sécréteur de la bile.

En 1815, Marie Maufrat eut un enfant; l'accouchement fut long et difficile, mais heureux. Dès cette époque sa santé s'affaiblit.

En 1830, aux jours de la révolution, voulant résister à l'envahissement de l'hôtel dont elle était concierge, elle fut prise tout d'un coup, par l'effet de l'impression morale qu'elle éprouva, d'une hémorrhagie qui dura six heures, suivie de douleurs aiguës semblables à celles de l'enfantement; et dans le sang aucune trace d'embryon. Une sage-femme pourtant déclara qu'il y avait présence d'un fœtus dans la matrice, et ce qui expliquait sa méprise, c'est que le volume du ventre augmentait tous les jours, mais avec lenteur. A la région hypogastrique se faisait sentir une douleur vive mais passagère, avec crampes, engourdissemens dans les membres inférieurs.

Cependant le gonflement de l'abdomen devenait tous les jours plus considérable; enfin les mouvemens, la progression étant devenus tout-à-fait impossibles, elle se présenta à l'hôpital Saint-Louis.

Signes de l'ascite. — Tuméfaction énorme du ventre; percussion donnant un son mat partout, excepté à la partie supérieure; sensation bien distincte d'un flot de liquide.

L'ascite était-elle idiopathique ou symptomatique?

L'appareil circulatoire n'offre rien d'anormal pour l'impulsion, le bruit, le rythme, le volume. La poitrine partout est également sonore, la respiration pure, mais gênée par le refoulement du diaphragme et des côtes.

Le foie ne présente aucun signe d'altération; pas de douleur, pas de changement de forme ou de volume à la région qu'il occupe; aucun signe qui indique une lésion des fonctions de cet organe, ni envie de vomir, ni selles supprimées ou grisâtres; aucune trace de coloration jaunâtre à la conjonctive, et nulle part enfin à la peau.

L'appareil urinaire ne fournit aucun signe positif de maladie. Cette femme n'a jamais éprouvé dans les reins des douleurs violentes. Il n'y a en cette région ni tumeur, ni empâtement, ni changement de coloration, etc. Il y a eu, il est vrai, de la pesanteur, de l'engourdissement dans les membres inférieurs; mais ces symptômes s'expliquaient suffisamment par la pression du liquide abdominal sur les plexus qui distribuent leurs nerfs aux membres inférieurs; ni dyspnée, ni ardeur en urinant. Les urines n'ont jamais été rouges, briquetées, chargées d'un dépôt extraordinaire d'urate de chaux; jamais de graviers, de calculs.

Les surfaces bronchique et cutanée n'ont présenté dans leurs fonctions aucune modification qui puisse être pour quelque chose dans la production de l'ascite.

Cette hydropisie n'est donc pas symptomatique; il faut alors qu'elle soit idiopatique, c'est-à-dire le résultat d'une altération propre au tissu du péritoine. Est-ce une inflammation? elle n'est pas aiguë. Chronique? Ce serait possible, et pourtant il n'y

(1) Bien que nous ayons déjà annoncé ce fait en peu de mots, il nous a paru trop important pour ne pas le consigner dans tous ses détails.

aurait pour le faire croire, que la douleur qui avait été ressentie à l'hypogastre, car il n'y a jamais eu de fièvre, et plus tard, le liquide retiré par la ponction n'avait aucun des caractères de la sérosité jaune, trouble, purulente, floconneuse de l'inflammation chronique du péritoine.

Ce serait donc une modification particulière des vaisseaux exhalans et absorbans, que l'on n'a pas encore précisément définie.

M. Jobert voulant essayer si cette hydropisie ne pourrait pas être guérie sans opération chirurgicale, soumit cette maladie au traitement suivant : Tisane de fraisier dans laquelle entre le nitrate de potasse, bains de vapeur, purgatifs. Au bout de quinze jours, il n'y avait encore aucune amélioration sensible. La paracentèse est pratiquée par M. Jobert de la manière suivante : sur le côté gauche de l'abdomen, et au lieu d'élection ordinaire, une ponction faite dans la cavité péritonéale donne issue d'abord à 8 onces de sérosité, et avant qu'il ne s'en écoule davantage, on pousse, à travers la masse de liquide, 10 onces du mélange suivant : Eau tiède, 8 onces; alcool, 1 once et demie.

Tout d'un coup, pendant que la colonne du liquide injecté traversait celui du péritoine, la malade accusa une douleur très-vive accompagnée de chaleur dans le point tout-à-fait opposé à celui qui avait donné passage à l'instrument. Après la ponction, l'ouverture de la canule étant exactement fermée pour que rien ne put s'échapper, on attendit environ un quart-d'heure en imprimant de légères secousses à l'abdomen, afin qu'il y eût mélange intime, et action de l'alcool sur la surface interne du péritoine; et puis l'on fit évacuer le liquide dont le volume pouvait être de 12 litres; il était jaune citrin, fortement chargé d'odeur alcoolique. L'ouverture faite par le troquart est fermée par plusieurs rondelles de diachylon, et par un bandage de corps appliqué autour de l'abdomen.

Le soir (10 mai), fièvre très-vive, peau chaude, couverte de rougeurs et de sueurs considérables, pouls très-fréquent et developpé. Langue blanche et molle, point de vomissement. Nulle douleur à l'épigastre, ni dans le reste du ventre; coliques extrêmement fortes, mais jamais de tension, de ballonnement, aucune douleur à la pression. La face n'a aucun des caractères de la péritonite. Elle est fortement colorée, les yeux sont brillans, animés, les mouvemens brusques, rapides; agitation extraordinaire, loquacité remarquable, exaltation des fonctions intellectuelles. (Bain général, lavement émollient avec 12 gouttes de Rousseau; potion calmante.)

Mieux sensible au sortir du bain, repos pendant la nuit; pourtant elle a conservé une soif vive, une chaleur et une sueur très-abondante à la peau.

11 mai. La malade est toujours dans un état d'excitation générale, mais moins prononcée. Elle ressent encore des coliques, mais sans douleur fixe qui augmente par la pression; ni envies de vomir, ni vomissement, ni diarrhée, selles au moyen de lavemens émolliens (même prescription.)

12 mai. L'agitation a complètement disparu, ainsi que la fièvre, quelques coliques vagues encore, sourdes, à la région de l'intestin grêle.

13. Le mieux continue; cependant un peu d'anorexie, de dégoût, quelques régurgitations, un peu de ballonnement. Pilules de Darcet.

15. Toutes les fonctions sont actuellement à l'état normal, appétit, digestions faciles, encore quelques coliques surtout quand la malade est assise. Les sécrétions urinaire et cutanée s'accomplissent parfaitement. Tous les accidens, à cette époque, ont complètement cessé; tous les mouvemens sont faciles; les mouvemens des membres inférieurs, l'extension du tronc en arrière ont lieu sans occasioner la moindre douleur.

M. Jobert, malgré cela, voulut retenir cette femme dans les salles encore quelque temps, afin d'observer si la récidive n'aurait pas lieu. Tous les jours elle fut examinée avec le plus grand soin, sans qu'on ait jamais découvert le moindre signe d'un nouvel épanchement.

Enfin le 28, elle quitta l'hôpital pour se rendre dans sa famille, où elle n'a pas cessé d'être sous nos yeux, afin d'observer quels seront plus tard les accidens qui pourraient survenir.

En quoi consiste la modification qui a changé l'état pathologique de la cavité péritonéale, est-ce une inflammation ? D'après les signes qui ont suivi, peut-on l'assurer positivement ? Dans tous les cas, l'art dans cette circonstance a obtenu un résultat infiniment plus avantageux, c'est-à-dire une modification des fonctions d'exhalation et d'absorption, sans être obligé de recourir, comme la nature dans les guérisons spontanées, à la production des fausses membranes qui agglomèrent les intestins en masse, qui établissent entre eux et la paroi abdominale des adhérences extrêmement douloureuses et incommodes, puisque les convalescens sont dans l'impossibilité de faire des mouvemens un peu considérables, de porter le tronc dans l'extension en arrière, sans compter que le mouvement péristaltique de l'intestin ne pouvant plus s'exécuter, les fonctions du canal intestinal n'ont lieu que d'une manière incomplète, et que les malades finissent toujours par terminer leur vie dans l'épuisement et le marasme.

Toute la masse de liquide était chargée d'odeur d'alcool; par conséquent toute la surface interne du péritoine a été mise en contact immédiat avec elle; et la preuve, c'est qu'il y a eu douleur vive, instantanée.

Qu'il y ait eu contact avec le système nerveux (quoiqu'il ne soit pas démontré dans ces membranes séreuses) ou absorption, il n'en est pas moins arrivé qu'il y a eu des symptômes d'ivresse très-prononcés.

Si cette injection était faite dans un cas de péritonite chronique bien caractérisée, le résultat serait-il le même? La modification des tissus, les surfaces absorbantes recouvertes de fausses membranes; le liquide séro-purulent, chargé de flocons albumineux qui en augmentent la densité, permettraient difficilement le mélange intime avec l'eau chargée d'alcool. Ne serait-ce pas autant de causes qui devraient contrarier le succès?

Ce simple doute doit engager à éclairer ce point de la science.

S'il est bien prouvé qu'il y a eu absorption, il faudra convenir que les vaisseaux absorbans étaient ouverts pour l'alcool et ne l'étaient pas pour la sérosité péritonéale. C'est peut-être à cause de la ténuité, de la subtilité moléculaire plus grande du premier, que l'on doit attribuer la préférence qui lui est accordée par les bouches aspirantes.

Implantation du placenta sur le col de l'utérus; emploi du seigle ergote par R. Héricé-Legros, D.-M. P.

Le 6 juin 1833, je fus appelé en consultation par le docteur T....., pour l'assister auprès de Mᵉ F...., demeurant faubourg Saint-Denis, passage Brady, laquelle était depuis douze heures en travail d'enfantement. Cette dame, âgée de 26 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament à la fois lymphatique et sanguin, avait eu un accouchement antérieur, très-prompt et très-heureux. Mais à compter du septième mois de sa dernière grossesse, des hémorragies s'étaient renouvelées presque tous les jours avec une abondance variable. Le docteur T..... soupçonna une implantation du placenta sur le col utérin.

Le 5 juin au soir, quelques douleurs se déclarèrent dans les régions lombaire et hypogastrique, un écoulement sanguin, très-abondant, eut lieu toute la nuit. A mon arrivée, le facies était abattu et décoloré, le pouls faible et dépressible, les extrémités réfroidies, l'utérus tombé dans une sorte d'inertie. Le toucher me fit reconnaître de suite, après avoir détaché quelques caillots de sang, les inégalités et les espèces de mamelons que présente le placenta; l'implantation dès-lors était évidente.

Décoller le placenta et opérer la version, tel fut l'avis du docteur T..... et le mien; mais, avant d'entreprendre cette manœuvre qui n'est pas sans danger, et qui offrait de grandes difficultés par le peu de dilatation de l'orifice utérin, réfléchissant d'ailleurs sur l'état d'inertie de l'utérus, nous fûmes enhardis à tenter l'emploi du seigle ergoté.

20 grains de seigle ergoté en poudre furent aussitôt donnés dans un verre d'eau sucrée.

Dix minutes à peine écoulées, les contractions utérines se réveillent avec violence, et se succèdent avec rapidité. L'hémorragie s'arrête subitement, à l'aide du toucher. Je découvre la présence de la tête, qui avait déjà décollé la portion du placenta implantée sur le col, et l'accouchement se termina en moins d'une heure par la sortie simultanée du fœtus et de la délivrance. L'enfant ne donna aucun signe de vie. Le bain chaud, les frictions alcooliques et l'insufflation de l'air restèrent sans succès, l'hémorragie avait occasioné sa mort; depuis lors, madame F.... n'a éprouvé aucun accident.

LANCETTE DU 13. N° 74.

HOPITAL NECKER.

Service de M. Bricheteau.

Maladies de poitrine.

Dégénérescence squirrheuse de la presque totalité d'un poumon, sans suppuration ni ramollissement.

S..., homme de lettres, âgé de 35 ans, entra à l'hôpital le 19 février, tellement affaibli qu'il fut impossible de l'examiner avec soin; un dévoiement colliquatif, un état de maigreur difficile à exprimer, une fièvre intense, une expectoration purulente, indiquaient au premier abord une phthisie pulmonaire des plus avancées : diagnostic qui était en quelque sorte confirmé par une masse de ganglions lymphatiques endurcis et tuméfiés, qu'on remarquait sous l'aisselle gauche, et par une tumeur ovoïde, dure, qui occupait la résion claviculaire du même côté. Le malade toussait peu, était presque toujours couché sur le côté gauche, qui offrait un son mat par la percussion; on avait cru entendre de la pectoriloquie du côté droit au-dessous de la clavicule. Du reste, l'état du malade ne permettait pas d'employer la méthode d'investigation longue et pénible (pour le patient), qu'on est dans l'habitude de mettre en pratique à l'hôpital, lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique de la poitrine. On se contenta de prescrire quelques palliatifs. Le malade, que des malheurs avaient forcé à chercher un refuge dans l'hôpital, mourut le 23 mars, alors qu'il se berçait depuis quelques jours du plaisir de revoir bientôt le beau ciel de la Provence, où il avait reçu le jour.

A l'ouverture du cadavre, le poumon droit fut trouvé sain, quoiqu'on eût cru entendre de la pectoriloquie de ce côté.

Le poumon gauche, au contraire, était presque totalement transformé en une masse dure, compacte, squirrheuse et lardacée, de couleur bleuâtre marbrée dans laquelle on ne remarquait aucune trace d'organisation pulmonaire; les vaisseaux d'un certain calibre, néanmoins, s'étaient conservés intacts au milieu de ce désordre, bien qu'il n'y eût d'ailleurs aucune trace de nerfs et de ramifications bronchiques. Çà et là, on remarquait des points de mélanose, dont l'un parfaitement isolé offrait l'aspect d'une section de truffe au milieu d'un pâté ou d'une tranche de veau.

On ne découvrait dans cette masse compacte aucun vestige de suppuration, d'ulcération ni de dégénérescence tuberculeuse; elle ressemblait parfaitement aux tumeurs squirrheuses qu'on rencontre souvent dans les ovaires désorganisés. L'étendue d'un pouce environ de parenchyme pulmonaire s'était conservée intacte à la partie inférieure et postérieure. Les sections faites dans cette masse laissaient voir des nuances marbrées, comparables à celles du savon commun qui rappelaient la couleur et la texture du poumon transformé. Il y avait continuité entre la tumeur claviculaire dont il a été question et la dégénération pulmonaire, et leur réunion embrassait étroitement les gros vaisseaux du côté droit, conjointement avec les ganglions tuméfiés de l'aisselle.

La tumeur squirrheuse était de plus adhérente à la plèvre, désorganisée et confondue avec elle seulement à la partie supérieure et dans l'endroit qui correspond à la clavicule et aux premières côtes; mais au milieu et à la partie inférieure, elle n'était ni adhérente, ni confondue avec cette membrane, qui était saine.

Plusieurs ganglions bronchiques, groupés à la partie interne de la masse squirrheuse, étaient transformés en mélanose. La cavité gauche du thorax contenait une grande quantité de sérosité jaunâtre limpide.

Les autres organes étaient sains, et il est à remarquer qu'il n'y avait aucune lésion organique dans les intestins, quoique le malade eût été épuisé par un dévoiement opiniâtre.

L'extérieur du cadavre n'offrait aucune trace de scrofules, si ce n'est l'engorgement glanduleux dont nous avons parlé.

La dégénérescence squirrheuse du poumon est une affection très-rare, et la pièce d'anatomie pathologique dont il s'agit, conservée dans l'alcool, n'est pas moins digne d'être remarquée. Des recherches faites dans les auteurs n'ont offert aucune transfor-

mation squirrheuse aussi étendue, aussi complète et aussi exempte de complications que celle dont il est question. M. Bouillaud a cependant publié, dans ces derniers temps, deux faits qui offrent de l'analogie avec celui-ci. (Voyez le journal complémentaire des sciences médicales, t. XXV, p. 289.) On voit aussi dans les cabinets de la faculté de médecine, la préparation en cire d'un poumon présenté par M. Rullier, qui a tous les caractères de la transformation squirrheuse.

Plusieurs des symptômes éprouvés par ce malade étaient semblables à ceux que présentent les phthisiques; il était facile d'être induit en erreur à cet égard, quoique cette erreur n'ait été en rien préjudiciable au malade. Quant à l'espèce de pectoriloquie qu'on avait entendue du côté sain, il est présumable qu'elle était produite par la répercussion de la voix par la masse squirrheuse du côté opposé, ce qui arrive quelquefois dans certaines pneumonies, quoiqu'il n'y ait point de cavernes dans les poumons.

LANCETTE DU 15. N° 75.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Clinique de M. GUERSENT.

Leçons sur la coqueluche.

Qu'est-ce que la coqueluche? Quelle est sa nature et son siège? Ces questions sont diversement résolues dans l'état actuel de la science; et, il faut le dire, il y a peu de maladies sur la nature et le siége desquelles les opinions des pathologistes soient plus divergentes. Les uns placent son siége dans le thorax, les autres dans l'estomac; d'autres enfin la regardent comme dépendante d'une altération de l'encéphale. Marcus en Allemagne, Whatt en Angleterre, Ozanam en Italie, M. Broussais en France, considèrent la coqueluche comme une inflammation pure et simple de la muqueuse bronchique. Stoll et les médecins de son école, qui écrivaient sous l'empire des théories humorales, faisaient consister la coqueluche dans un état saburral de l'estomac. Pinel, Chambon et Gardien se fondant sur les vomissemens et les éructations qui avaient lieu dans les quintes, partageaient cette dernière opinion. Hufeland, Lobstein, Hermann et M. Breschet pensent qu'elle est liée à une altération des nerfs pneumogastriques, qu'ils disent avoir constatée sur les cadavres des individus morts de coqueluche. Rosen la considérait comme une affection nerveuse produite par des animalcules qui étaient répandus dans l'atmosphère. Quelques pathologistes anciens l'attribuaient à la pituite qui descendait du cerveau sur la poitrine. Quelques auteurs modernes la regardent comme une encéphalite, ou comme une bronchocéphalite.

Nous verrons ce qu'il faut penser de ces différentes opinions, lorsque nous aurons réuni les élémens propres à caractériser cette maladie, d'après l'appréciation rigoureuse des phénomènes physiologiques qui la traduisent extérieurement et des altérations anatomiques qu'elle laisse après elle.

Symptômes.

M. Guersent distingue dans la coqueluche trois périodes. Elle débute ordinairement, comme un simple catarre, par la toux, l'éternuement, le larmoiement, accompagnés quelquefois d'horripilations vagues et d'un léger mouvement fébrile. La toux est tantôt sèche, tantôt humide; elle ne s'accompagne ni d'altération de la voix, ni de sifflement. L'enfant conserve sa gaîté habituelle. Cette période, qu'on pourrait appeler catarrale, dure de dix à quinze jours.

La seconde période commence quelquefois d'une manière brusque, mais le plus ordinairement elle arrive d'une manière insensible. La toux devient de plus en plus quinteuse; elle revient par accès plus ou moins rapprochés, mais plus fréquens la nuit que le jour. Enfin les quintes présentent tous les caractères de la coqueluche. Chaque accès de toux se compose d'une série d'expirations répétées, suivies d'une inspiration sonore ou sifflante qui se renouvelle quatre ou cinq fois; d'où le nom de quinte proposé par les anciens. Pendant l'accès, l'air ne pénètre ni dans les vésicules pulmonaires ni dans les dernières ramifications bronchiques, ce dont on peut s'assurer par l'auscultation. Chaque quinte est précédée d'une légère accélération du pouls et de la respiration; l'enfant éprouve un sentiment de crainte et de frayeur qui l'avertit de son invasion. La face est rouge ou violacée. Les efforts répétés des malades pour favoriser l'expectoration, provoquent le vomissement des matières contenues dans l'estomac, qui se mêlent à un mucus filant provenant des voies aériennes. Quelquefois de véritables hémorragies ont lieu par le nez et les yeux; les quintes sont d'autant plus fortes que l'enfant est plus sanguin et plus nerveux. Elles sont tantôt rapprochées, tantôt éloignées. Quelquefois on en compte à peine sept ou huit dans les vingt-quatre heures. Dans d'autres cas, elles ont lieu tous les quarts d'heure. Chez quelques enfans, elles s'accompagnent de mouvemens convulsifs des yeux, de grincement de dents, de contracture ou de convulsions cloniques des membres.

Cette période se termine après quinze ou dix-huit jours. Les quintes diminuent graduellement d'intensité et de fréquence; puis la toux devient simplement catarrale, comme dans la période d'invasion.

La durée moyenne de la coqueluche simple est de trois à six semaines; elle se termine rarement par la mort, lorsqu'elle est exempte de complication.

Lésions anatomiques.

Il est rare d'ouvrir les cadavres d'enfans morts de coqueluche simple. La plupart de ceux qui ont succombé cette année étaient atteints de pneumonie ou de phthisie pulmonaire. Quoi qu'il en soit, voici les altérations qu'on trouve le plus ordinairement chez les individus qui périssent pendant le cours de la coqueluche: la rougeur d'une partie ou de la totalité de la muqueuse bronchique a été constatée dans un certain nombre de cas. Mais cette lésion n'est pas constante. On trouve le plus ordinairement dans les bronches un mucus filant, offrant l'aspect du blanc d'œuf. Ce mucus, d'après M. Blaud de Beaucaire, contient du muriate de soude dans une assez grande proportion. Il est à regretter que cette assertion ne soit pas fondée sur une analyse chimique. Ainsi les deux altérations que l'on retrouve dans le plus grand nombre des cas, sont la

rougeur de la muqueuse bronchique et la présence de mucosités dans l'intérieur des canaux aérifères.

Dans les coqueluches graves, on trouve les méninges plus ou moins injectées; mais jamais d'épanchement séreux ou gélatiniforme dans l'arachnoïde ou le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Cette dernière membrane conserve le plus ordinairement sa transparence ; elle se détache aisément des circonvolutions auxquelles elle n'adhère en aucun point. La substance cérébrale ne présente ni induration, ni ramollissement partiels. La congestion des vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau est toute mécanique ; elle est due au raptus du sang, qui a lieu vers la tête dans la violence des quintes, et à l'état de suffocation qui précède la mort.

Chez les enfans qui vomissaient abondamment à la suite des quintes, on trouve à la nécropsie une grande quantité de mucosités dans l'estomac. On découvre quelquefois des injections partielles de la muqueuse gastrique ; quant au ramollissement, il est rare.

Laennec avait signalé la dilatation des bronches et des vésicules bronchiques, comme un des caractères anatomiques de la coqueluche. M. Guersent ne pense pas qu'elle soit plus souvent produite par cette maladie que par les autres affections du poumon. Il attribue les dilatations à une disposition organique congéniale, qu'on retrouve assez communément chez les enfans qui naissent avec une poitrine faible, et succombent à quelque affection pulmonaire dans les premières années de la vie.

M. Breschet a cru trouver, dans deux cas de coqueluche, une lésion des nerfs pneumo-gastriques. Joseph Franck cite le résultat des observations recueillies par Killian Hermann qui rapporte quinze nécropsies relatives à des enfans morts de coqueluche, dans lesquelles il a constaté une altération des plexus pulmonaires. Ces nerfs ont présenté une foule d'altérations diverses, depuis la simple injection jusqu'à l'induration cartilagineuse. M. Guersent a suivi les nerfs pneumo-gastriques dans toutes leurs ramifications chez plus de trente sujets morts de coqueluche, sans confirmer les résultats de ces pathologistes.

Causes.

L'origine de la coqueluche est peu connue. On ne trouve rien dans les auteurs grecs qui ait rapport à cette affection; Hippocrate n'en fait pas mention. Il est vraisemblable qu'il ne l'a pas observée, car elle présente des phénomènes si tranchés et si extraordinaires, qu'il ne l'eût pas passée sous silence.

Mézerai est le premier historien français qui en fasse mention; il parle d'une épidémie de coqueluche qui fit de très-grands ravages en France dans le quinzième siècle (1414). Depuis cette époque, des observateurs ont signalé un grand nombre d'épidémies, dont on trouvera le résumé dans le savant ouvrage de Franck intitulé : *Praxeos medicinæ universæ præcepta.* Rosen pense qu'elle nous est venue des Indes-Orientales.

M. Guersent croit que cette affection est éminemment contagieuse. Il a été témoin d'un grand nombre de faits qui ne lui ont laissé aucun doute à cet égard. Parmi les faits nombreux qu'il a cités à l'appui de cette opinion, nous en rapporterons un seul : une dame fait un voyage de quinze lieues avec son enfant qu'elle nourrissait ; elle descend dans une hôtellerie où se trouve un enfant atteint de coqueluche ; elle retourne dans son pays natal; à peine arrivée, son enfant est pris de coqueluche et la lui communique.

Cette affection règne souvent d'une manière épidémique. On ne connaît pas les conditions atmosphériques sous l'influence desquelles elle se développe plus particulièrement.

En prenant en considération les caractères anatomiques, physiologiques, et les causes que nous venons d'énumérer, M. Guersent pense que la coqueluche est une affection mixte, consistant dans une altération spéciale des bronches et du système nerveux pulmonaire. Quoique cette altération du système nerveux ne soit point appréciable sur le cadavre, on ne peut néanmoins refuser de l'admettre. M. Gendrin a rapporté, dans le Journal général de Médecine, un fait assez remarquable :

« Un individu porte un abcès sur les parties latérales du cou, qui est assez profondément situé, et comprime le nerf pneumo-gastrique. Sous l'influence de cette compression, de véritables quintes de coqueluche prennent naissance; l'abcès s'ouvre, se vide et se cicatrise, et la toux convulsive disparaît comme par enchantement. Dans ce cas il n'y a eu qu'une simple perturbation du nerf de la huitième paire. »

Complication.

Les complications les plus ordinaires s'observent du côté de l'appareil respiratoire. Nous devons placer en première ligne la bronchite aigüe, reconnaissable à une douleur sous-sternale plus ou moins vive, à un râle muqueux ronflant, sibilant ou sous-crépitant, se faisant entendre dans les deux côtés de la poitrine, et à la présence de la fièvre.

La pneumonie, qui est une maladie très-fréquente chez les enfans, vient souvent compliquer la coqueluche. Lorsque la phlegmasie pulmonaire fait des progrès, les quintes de coqueluche sont modifiées, elles deviennent moins intenses et sont en quelque sorte étouffées. Mais si, sous l'influence d'une médication bien dirigée, la pneumonie diminue ou cesse complètement, les quintes reprennent leur intensité première, ce qui prouve manifestement que ces deux affections sont tout-à-fait indépendantes l'une de l'autre. La pleurésie est rare, ainsi que la pleuro-pneumonie. La dilatation des bronches est regardée par M. Guersent comme une complication ; on peut en dire autant de l'œdème et de l'emphysème du poumon, qui ne sont pas très-fréquens. Une complication moins rare, surtout chez les enfans atteints de coqueluche qui a persisté plus ou moins longtemps, c'est l'engorgement, l'inflammation ou la tuberculisation des ganglions bronchiques. Le croup complique rarement la coqueluche. Il modifie les quintes, il n'enraie pas la marche de la maladie. C'est là un des plus forts argumens en faveur de la spécificité. Deux affections ayant le même siége, marchent simultanément, sans que l'une enraie la marche de l'autre.

Les tubercules pulmonaires s'observent assez fréquemment chez les enfans qui meurent de coqueluche. Cette complication est une des plus graves; elle est au-dessus des ressources de l'art. M. Guersent pense que la coqueluche exerce une notable influence sur le développement de la phthisie chez les enfans prédisposés, et qu'elle en hâte la marche lorsqu'elle préexiste à cette affection.

Les complications de l'appareil digestif sont beau-

coup moins fréquentes qu'on ne l'a dit. Un grand nombre de pathologistes regardent la coqueluche comme une affection gastro-pulmonaire; ils pensent que l'estomac est constamment affecté dans cette maladie. Les vomissemens qui surviennent à la suite des quintes sont purement symptomatiques, et ne sauraient indiquer l'existence d'une gastrite, dont on n'observe presque jamais les traces après la mort. L'entérite qui accompagne quelquefois la coqueluche est souvent le résultat d'une médication intempestive ou d'un écart de régime. La dyssenterie, que M. Guersent a observée quelquefois, est une complication grave qu'il faut se hâter de combattre avec énergie.

La méningite, l'encéphalite, sont des complications rares. Les convulsions qu'on observe assez souvent sont purement sympathiques. M. Guersent a observé un très-petit nombre de fois des tubercules cérébraux, dont l'existence avait d'ailleurs été révélée par des symptômes autres que ceux de la coqueluche.

Toutes les maladies aiguës de la peau peuvent compliquer la coqueluche. On a prétendu à tort que cette affection arrêtait la marche de la variole, de la rougeole, de la scarlatine. M. Guersent a observé le contraire.

Hydrocéphale congéniale; présentation de l'épaule; version; nécessité d'évacuer le liquide; accouchement d'un enfant mort; par M. Caucal, D.-M. à Louhans (Saône-et-Loire).

Dans la nuit du 31 mai au 1er juin, je fus appelé sur les 11 heures du soir, pour accoucher la nommée Petit-Jean, âgée de vingt-sept ans, demeurant commune de Sagy, arrondissement de Louhans. Lorsque j'arrivai, j'appris de la sage-femme qui était près d'elle, que la nommée Petit-Jean était déja accouchée l'année précédente avec beaucoup de peine d'un enfant mort, et qu'alors, enceinte pour la deuxième fois et à terme, elle éprouvait des douleurs violentes depuis trois jours; que depuis deux heures, la poche des eaux, qui était très-volumineuse, et qui faisait saillie dans le vagin, s'était rompue, et qu'au moment de la rupture une grande quantité d'eau s'était écoulée (un litre environ); ayant alors moi-même touché cette femme, je reconnus la présence d'une nouvelle poche des eaux. C'était une tumeur demi-sphérique, tellement volumineuse, qu'elle ne me permit pas, même en la déprimant, de constater la présence d'un fœtus; j'en opérai la rupture, et ce ne fut pas sans étonnement que je vis l'énorme quantité d'eau qui s'échappa tout-à-coup, et que je puis sans exagération évaluer à six litres. Cela fait, je portai la main dans la matrice; l'enfant présentait la partie postérieure et supérieure de la poitrine; alors, exécutant les manœuvres exigées en pareil cas, j'amenai les pieds. La position de la face m'ayant donné la certitude que la tête de l'enfant se trouvait dans une bonne position, j'exerçai quelques tractions modérées sur les extrémités inférieures; mais ce fut vainement; la tête demeura immobile et comme clouée au-dessus du détroit supérieur. Surpris de la résistance que j'éprouvais, je portai de nouveau la main dans la matrice, et je parvins au-dessus du détroit supérieur; là je reconnus une tumeur flasque, se durcissant et devenant rémittente pendant la douleur, pouvant en imposer et faire croire à la formation d'une nouvelle poche des eaux. Etonné de ce nouveau phénomène, j'explorai cette tumeur avec plus de soin, et j'acquis bientôt la certitude que j'avais affaire à un hydrocéphale congénial d'un volume extraordinaire, et que l'accouchement ne pouvait se terminer qu'en faisant évacuer, au moyen d'une ouverture, les eaux contenues dans la cavité encéphalique. Alors, sans retirer ma main, je pratiquai au centre de la fontanelle antérieure une ouverture. Cette petite opération fut faite très-facilement avec l'extrémité des doigts, les membranes étant très-ramollies. La tête de l'enfant s'étant vidée, l'accouchement ne présenta plus aucune difficulté.

Examen cadavérique de l'enfant.

Le corps de l'enfant, d'un volume très-ordinaire, n'offrait rien de remarquable, la tête fixa toute mon attention: les différens os qui forment la boîte osseuse, affaissés sur eux-mêmes, étaient éloignés les uns des autres; assujettis par les tégumens du crâne, sur lesquels ils étaient disposés d'une manière symétrique; ils étaient flottans. Les fontanelles antérieure et postérieure présentaient dans leur plus grand diamètre une étendue de quatre pouces et demi; les sutures offraient une largeur de deux pouces environ; le cerveau était petit, déprimé, et réduit en bouillie; les tégumens de la tête, soulevés, laissaient apercevoir une cavité qui pouvait contenir environ deux litres d'eau, et la tête ainsi remplie présentait au moins le volume de celle d'un adulte.

Voilà, je crois, un cas d'hydrocéphale congénial qui peut intéresser les praticiens; l'existence d'une masse d'eau considérable dans les membranes amniotiques, ne pourrait-elle pas être prise en considération, et en faisant soupçonner la maladie qui a fait le sujet de cette observation, mettre au moins le praticien en garde contre un cas de cette nature?

LANCETTE DU 18. N° 76.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

Clinique de M. Guersent.

Leçons sur la coqueluche.

(Suite du numéro précédent).

Traitement de la coqueluche simple.

Une foule de méthodes thérapeutiques ont été préconisées contre la coqueluche; et, chose remarquable, elles ont toutes été employées avec un grand succès. C'est ce qu'on concevra facilement en se rappelant que la coqueluche, abandonnée à elle-même, guérit spontanément, à moins qu'il ne survienne quelque complication. Quoi qu'il en soit, dans la première période, on aura recours au traitement de la bronchite légère. Des boissons adoucissantes, des pédiluves, un régime doux, rempliront les principales indications. Si cependant l'enfant a perdu l'appétit, s'il a la langue chargée, s'il existe en un

mot des signes d'embarras gastrique, on devra recourir à un vomitif, dont l'utilité est parfaitement constatée. L'ipécacuanha, administré en sirop chez les très-jeunes enfans, en poudre chez ceux qui sont plus âgés, afin l'émétique, si le premier vomitif ne suffit pas, rétabliront les fonctions digestives, amèneront une légère diaphorèse, et tendront à éloigner les quintes de toux. N'oublions pas cependant qu'on a abusé des vomitifs dans la coqueluche, et n'ayons recours à cette médication que lorsqu'il y aura des signes de saburre sans mouvement fébrile.

C'est surtout dans la période convulsive que les antispasmodiques ont été employés. On a tour à tour préconisé la belladone, la ciguë, le narcisse des champs, l'oxide de zinc, le musc, l'opium, l'acide hydrocyanique. Tous ces moyens ont été utiles en différentes circonstances, et on ne saurait révoquer en doute leur efficacité. Cependant, s'il existe des symptômes inflammatoires, il faudra commencer par le traitement antiphlogistique avant de recourir aux antispasmodiques. On devra préférer la saignée générale à la saignée locale. Lorsque les accidens inflammatoires auront été combattus, on pourra tenter les antispasmodiques. La belladone a été beaucoup vantée par les médecins allemands, qui la regardent comme un spécifique. M. Guersent s'en est servi souvent avec succès en commençant par un quart de grain. C'est l'extrait alcoolique qu'il emploie ordinairement à cette dose. On doit surveiller l'action de ce médicament, qui détermine quelquefois des accidens. M. Guersent l'a vu produire, à la dose d'un demi-grain, une cécité momentanée qui a forcé d'en suspendre l'administration. Il donne quelquefois lieu à une sécheresse de la gorge qui fatigue beaucoup les jeunes enfans. Dans les coqueluches compliquées de phlegmasies pulmonaires, on doit s'abstenir d'employer les préparations de belladone ainsi que les narcotiques.

L'extrait de ciguë, préconisé par Stork et par plusieurs médecins anglais, peut également être employé avec avantage. On le donne à la dose de deux ou trois grains : il n'a pas les inconvéniens de la belladone.

Le narcisse des près, vanté par Laennec, est moins efficace que les moyens précédens.

L'opium et la morphine ont trouvé aussi des partisans. Marcus en blâme l'emploi. On peut néanmoins y recourir lorsque les symptômes nerveux sont très-prononcés.

L'acide hydrocyanique, proposé il y a quelques années par plusieurs médecins, vient d'être récemment préconisé par un médecin de Philadelphie, qui assure l'avoir prescrit avec avantage, depuis 1824 jusqu'à 1832, à deux cents malades environ. Il l'a surtout employé chez des enfans âgés de six mois, à dix, douze et quinze ans. Il l'a également administré à des adultes. La maladie, dit-il, a guéri radicalement en quatre, dix et quinze jours au plus. Pour un enfant de six mois, il donne une goutte d'acide dans une once de sirop simple, dont on administre au malade une cuillerée à thé deux fois par jour. Si dans les quarante-huit heures le remède ne produit ni malaise, ni étourdissemens, on en donne trois cuillerées par jour. De six mois à un an, la même quantité peut être donnée quatre fois par jour. L'acide dont se sert le médecin de Philadelphie contient quatre et demi pour cent de l'acide hydrocyanique pur de M. Gay-Lussac. M. Guersent ne conseille pas l'emploi de ce médicament trop difficile à manier, et qui donne lieu quelquefois à des accidens graves. Toutefois, on peut le tenter en en surveillant soigneusement l'administration.

L'oxide de zinc est un antispasmodique qui est souvent employé par M. Guersent. Ses heureux effets sont quelquefois très-marqués chez les jeunes enfans. On le donne à la dose d'un ou deux grains de deux en deux heures, de manière à en administrer jusqu'à dix et vingt grains dans les vingt-quatre heures. Il diminue notablement la force des quintes, soit en modifiant le système nerveux, soit en produisant une révulsion sur le canal intestinal, car on observe assez constamment une légère purgation après l'emploi de ce remède. M. Guersent l'associe quelquefois aux extraits de ciguë et de belladone.

Le musc est moins actif que les moyens précédens.

Le bain tiède est un des plus puissans antispasmodiques. M. Guersent l'emploie souvent, et avec le plus grand succès. Il calme les symptômes nerveux, et diminue rapidement la fréquence des quintes. L'emploi de ce moyen exige quelques précautions; on doit chercher à éviter un refroidissement subit, mais on ne doit point partager les craintes exagérées des gens du monde, qui croient l'emploi du bain toujours dangereux pour les enfans qui toussent.

Les Anglais et les Américains prodiguent le calomel dans cette affection. M. Guersent n'a pas beaucoup de confiance dans l'emploi de ce moyen qui cause souvent des diarrhées dont il est difficile d'arrêter les progrès. Un léger laxatif tel que la manne, lui paraît préférable en ce cas. Du reste, la plupart des sirops préconisés contre la coqueluche ont une action purgative. Le sirop de *Desessarts*, qui jadis a eu beaucoup de vogue, était composé de séné, d'ipécacuanha et de coquelicot. On peut y avoir recours dans quelques cas; mais si le ventre devient douloureux, si la fièvre s'allume on doit aussitôt en suspendre l'usage.

Parmi les révulsifs cutanés la pommade d'Autenrieth occupe le premier rang. Elle a été décorée du titre de spécifique. Elle contient un gros et demi de tartre stibié pour une once d'axonge. Ainsi préparée, elle ne jouit pas d'une très-grande efficacité, n'agit, en général, qu'au bout de deux ou trois jours. Quelquefois même son action est nulle. M Guersent l'emploie ordinairement dans des proportions différentes : 2 gros d'émétique pour une demi-once d'axonge. Ce mélange est beaucoup plus actif. Il se développe rapidement des pustules à la peau, qui produisent une révulsion salutaire. Ce moyen est bon dans quelques cas, mais c'est à tort qu'il a été décoré du titre de spécifique.

Les cautères sur la poitrine, les vésicatoires sur le sternum que l'on porte ensuite aux bras, peuvent également être mis en usage.

Vers la fin de la deuxième période et au commencement de la troisième, on peut associer quelques légers toniques et quelques excitans aux moyens précités. Les boissons sulfureuses telles que les eaux d'Enghien, de Bonnes, de Cauterets coupées avec du lait, seront employées avec avantage. Le sulfure de potasse proposé par M. Blaud de Beaucaire, à la dose d'un à deux grains incorporé dans du miel, est un moyen dangereux. Il irrite beaucoup les voies digestives. Il exhale d'ailleurs une odeur désagréable; ce qui en fait un objet de dégoût pour les enfans. On pourra également administrer des infu-

sions de serpolet, d'hysope, et le sirop de quinquina que Sauvages recommandait jadis comme un moyen héroïque.

Le régime des enfans atteints de coqueluche mérite de fixer l'attention. Lorsqu'il n'existe ni fièvre, ni complication inflammatoire, il est inutile de soumettre les enfans à une diète sévère. On ne doit pas oublier toutefois que la distension de l'estomac provoque les quintes et par suite le vomissement. On permettra donc des alimens en petite quantité. Aux approches des quintes on aura soin de mettre les très-jeunes enfans sur leur séant. L'oubli de cette précaution a été funeste à quelques malades. On a vu des enfans couchés sur le dos pendant la quinte être menacés de périr de suffocation. M. Guersent a été témoin d'un accident de ce genre survenu chez un enfant de cinq mois. Le changement d'air est très-efficace contre la coqueluche; les enfans de la ville doivent être envoyés à la campagne. M. Guersent a vu une simple mutation de domicile d'un quartier de Paris à un autre (du faubourg Saint-Germain au Marais), amener un changement heureux. On avait autrefois conseillé de placer les malades près des ailes d'un moulin à vent, dans l'intention de leur faire respirer un air qui se renouvelait sans cesse.

Le traitement doit être modifié suivant les complications. S'il existe des signes de bronchite ou de pneumonie, on doit insister sur les antiphlogistiques. Les saignées générales, locales et la diète doivent être prescrites. On pourra ensuite recourir aux révulsifs. Les moyens combinés réussissent souvent lorsqu'il n'y a pas de tubercules dans le poumon.

Lorsque la coqueluche est accompagnée d'entérite et de dyssenterie, on doit traiter ces malades comme dans les cas ordinaires. Les sangsues sur le ventre et à l'anus, suivies de l'emploi des bains généraux, seront utiles dans ce cas.

Enfin, s'il existe des convulsions ou d'autres symptômes cérébraux, on devra employer, suivant les cas, les antiphlogistiques ou les antispasmodiques, et insister surtout sur les bains tièdes.

Des effets délétères produits par l'abus du thé et du café; mémoire lu dans la séance du 1er avril dernier, de la Société Médicale de Londres; par M. J. Cole.

L'usage presqu'universel du thé et du café prouve certainement que leurs effets sont agréables, et qu'ils ne donnent lieu à aucune conséquence fâcheuse immédiate. Cette observation générale n'est cependant pas applicable à tous les cas. Il y a quelques années, quelques exemples tout-à-fait contraires se sont présentés à moi. Les accidens graves que ces boissons avaient déterminés, m'engagèrent à examiner avec soin les symptômes particuliers qui suivaient l'usage du café et des différentes espèces de thé, comme aussi les circonstances qui favorisaient le développement de ces effets délétères. Le traitement étant le même quelle que soit celle de ces substances qui ait agi, je ne parlerai que du thé, dont quelques effets varient selon qu'on a employé le thé noir ou vert.

Les circonstances qui semblent favoriser la production des effets délétères du thé, sont tout ce qui tend à affaiblir la constitution, comme la fatigue, une maladie quelconque, une perte de sang, etc.

Le thé semble aussi avoir la faculté, lorsqu'il est pris en grande quantité pendant long-temps, de disposer le corps à devenir accessible à ces influences délétères. Plus ou moins long-temps après avoir pris ce breuvage (d'une minute à deux ou trois heures), une sensation de malaise se déclare à l'estomac; sensation de besoin, de faiblesse, de vide, qui acquiert un degré d'intensité insupportable; ce déchirement famélique, ce besoin, sont, selon les malades, ou ne peut plus pénibles à supporter. L'estomac, quand il est plein, n'a aucun moyen d'en combattre la production; et d'ailleurs l'ingestion des alimens ne soulage pas. C'est là, quelquefois pendant un temps assez long, le seul sentiment que l'on éprouve, mais, peu à peu il s'y joint un frémissement comme l'imprimerait le vol d'un oiseau dans le côté gauche, et une sensation de plénitude envahit la poitrine; de l'essoufflement, de fréquens et profonds soupirs se déclarent. La plénitude se fait plus spécialement sentir vers les clavicules et à la base du col.

Quand c'est du thé noir ou du café dont on fait usage, une excitation considérable se joint à la marche de ces phénomènes; la face s'anime, les yeux brillent d'un éclat inaccoutumé, tous les effets primitifs de l'ivresse par l'alcool s'observent; le pouls est plein, fort et très-accéléré. Si l'on a pris du thé vert, l'excitation primitive est moins grande, elle ne se fait même quelquefois pas apercevoir; la peau devient aussitôt pâle, les yeux abattus, le pouls faible, rapide, ondoyant, ou lent et faible.

Quelle que soit la substance dont on a fait usage, par les progrès de la maladie les mains et les pieds deviennent froids comme du marbre, et se couvrent d'une sueur visqueuse. C'est en vain que l'on s'efforce de les réchauffer, même en les plongeant dans une eau très-chaude; un sentiment de froid, d'engourdissement se manifeste aussi à la partie postérieure de la tête.

Les symptômes précédens peuvent être considérés comme des signes pathognomoniques de cette affection; car, quels que soient les autres phénomènes, jamais le sentiment de faiblesse et de vide dans l'estomac, et celui de battemens d'ailes dans le côté ne manquent.

En écrivant ceci, je sais parfaitement que ces symptômes ont été regardés comme décelant la dyspepsie; mais je suis convaincu qu'on les rencontre toujours à la suite de l'usage de ces boissons, et que si on discontinue le thé, ils se dissipent promptement sans le secours de la médecine, tandis que si on persiste dans cet usage, ils résistent fréquemment aux traitemens les plus actifs.

Telle est la forme la plus légère de cette maladie, celle qu'on observe le plus communément; mais quelquefois des symptômes plus graves surviennent. Au refroidissement et à l'engourdissement de la partie postérieure de la tête, se joint de la formication au cuir chevelu, une violente céphalalgie, de l'incertitude dans la marche, des vertiges et un pouls faible et irrégulier. Au sentiment de plénitude dans la poitrine et vers les clavicules, se joignent des menaces de suffocation, de l'insensibilité et des convulsions. Les souffrances de l'estomac sont portées jusqu'au degré de spasme violent. Les battemens du cœur deviennent douloureux, et des palpitations violentes ou des pulsations affaiblies se terminent par la syncope. Je dois ajouter ici que l'intelligence n'est pas abolie, mais qu'elle partage les désordres du corps, que le caractère devient inquiet et irritable, au point de faire du malade un véritable

tourment pour lui-même et pour ceux qui l'entourent.

Ayant donné une idée générale des symptômes qui sont produits par l'action du thé, je vais maintenant rapporter quelques observations à l'appui de mes idées; chaque fait me paraissant représenter un groupe dans lequel des symptômes analogues s'observent.

LANCETTE DU 20. N° 77.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. Dupuytren, professeur.

Kiste séreux né dans la cavité de l'orbite droit; ophthalmie considérable; opération; guérison.

Il se forme quelquefois, dit le professeur, dans le tissu cellulaire graisseux qui environne l'orbite, et qui s'insinue entre les muscles de l'œil ainsi que dans les autres parties que renferme l'orbite, une tumeur molle entourée d'une capsule membraneuse. Cette tumeur est semblable en tout à celles qui ont reçu le nom de kistes, et qui se forment dans les diverses parties du tissu cellulaire du corps.

Le volume de ces tumeurs est égal, en général, à un œuf de pigeon; il est quelquefois plus considérable.

Tantôt ils sont séparés en deux compartimens, dans l'un desquels est renfermée une matière dissoute, mêlée à une substance comme argileuse; dans l'autre, se trouve une substance glutineuse semblable à du blanc d'œuf. D'autres fois ces kistes renferment de la sérosité limpide ou puriforme.

Un malade couché au n° 16 de la salle Sainte-Marthe, nous a offert une tumeur de cette dernière nature.

Agé de 44 ans, d'une bonne constitution, épicier à Paris, il fut reçu le 16 avril dernier, pour une exophthalmie du côté droit.

Il paraît que deux ans avant le développement de cette dernière maladie, un médecin qu'il consulta fit disparaître quelques engorgemens glanduleux qu'il portait au cou, à l'aide d'une pommade dont il n'a pu indiquer la composition.

C'est après cette première maladie que ses yeux se prirent d'une inflammation qui se concentra principalement sur l'œil droit.

Il s'aperçut alors que cet œil saillait bien plus que celui du côté opposé.

Depuis cette époque, la proéminence a augmenté insensiblement, et elle était telle dans ces derniers temps, que l'on pouvait facilement, à travers la paupière supérieure, toucher la partie postérieure de l'œil, qui était porté aussi un peu en dedans. La tumeur qui avait causé ce déplacement paraissait avoir pris son origine sur la partie supérieure et externe de l'œil.

Ainsi que nous l'avons dit, lors de son développement, elle chassa le globe oculaire de sa position naturelle pour le porter vers l'angle externe des paupières.

L'ouverture de ces dernières était sensiblement dilatée; on sentait dans l'orbite une tumeur rénitente qui paraissait bien détachée des parties osseuses environnantes et des parties molles, c'est-à-dire du globe de l'œil et de ses annexes, sur lesquels elle était appliqué.

Malgré la fausse position au milieu de laquelle le globe demeurait immobile, malgré la grande distension que devait éprouver le nerf optique, la vue n'était pas tout-à-fait enlevée à l'organe malade.

Cette affection présentait une difformité horrible, les objets étaient vus doubles, l'écoulement des larmes se faisait continuellement sur la joue. Les douleurs vives à la tête et à l'œil, les fréquentes ophthalmies, et l'impression douloureuse que causait la lumière, étaient autant d'accidens qui accablaient le malade.

Dans cette circonstance, M. Dupuytren jugea qu'il n'y avait d'autre remède efficace à opposer à ce mal, que de vider le kiste. C'est aussi le moyen qui fut employé. Le malade fut opéré à son lit; sa tête étant un peu relevée et fortement contenue par un aide, M. Dupuytren, après avoir tendu avec l'index et le médius de la main gauche la paupière supérieure qui recouvrait la tumeur, s'arma d'un bistouri à lame très-étroite, fendit transversalement la peau de la paupière ainsi que l'orbiculaire, en suivant la direction des fibres de ce muscle dans le sens de l'arcade supérieure de l'orbite, et arriva alors jusqu'à la partie antérieure de la tumeur.

A peine l'instrument eut pénétré ce kiste, qu'il s'en écoula un liquide brunâtre qui remonta jusqu'à un pouce dans la sonde canelée.

Les suites inévitables de cette petite opération furent une douleur assez vive dans l'orbite et à la tête. L'inflammation qui survint aux paupières s'étendit aussi à la face. On calma ces symptômes par des saignées, des purgatifs, des antiphlogistiques, des topiques émolliens, anodins et une diète sévère.

Le professeur mit beaucoup de soin à maintenir éloignées les lèvres extérieures de la plaie faite à la paupière supérieure; pour cela une simple mèche de linge fin servit en même temps à faciliter l'issue des matières purulentes hors la cavité de l'orbite, et à empêcher que ces mêmes lèvres ne se réunissent avant que la cavité formée par la tumeur dans les parties molles de l'orbite n'eût disparu.

Malgré l'évacuation du liquide qui avait poussé le globe oculaire au-dehors, cet organe ne reprit pas sa position naturelle aussitôt qu'on eût pu le croire.

Les causes principales et manifestes de ce retard apporté à la complète guérison, furent : la rétraction long-temps continuée du muscle abaisseur, droit interne, et l'extension forcée pendant le même espace de temps du muscle droit externe, et droit supérieur du globe de l'œil. Cependant, après l'opération, M. Dupuytren le poussa doucement en sens contraire à celui qui l'avait porté en dedans. Il reprit bien pour quelques instans sa position naturelle, mais dès que la pression cessa, il se plaça de nouveau dans sa situation vicieuse. Aussi, dès que les symptômes généraux et locaux, suites inévitables de l'opération, furent calmés, et que les paupières purent contenir et recouvrir le globe repoussé, le professeur exerça quelques pressions sur l'organe, en le dirigeant vers sa place naturelle, et l'y maintint soigneusement à l'aide de petites compresses graduées et d'un bandage convenable.

L'œil étant rentré dans sa position naturelle, le nerf optique a recouvré en grande partie le degré de vie et d'action que sa distension lui avait fait perdre; la vue s'est améliorée, et le malade, qui craignait l'avoir perdue pour toujours, distingue aujourd'hui parfaitement les objets.

Il est sorti après cinq semaines de séjour à l'hôpital, entièrement guéri de son exophthalmie, et n'a conservé que quelque peu d'œdème des paupières.

Sera-t-il mis, par les ponctions qui lui ont été pratiquées, à l'abri de toute récidive?

Nous n'osons nous prononcer; mais la nature du mal étant aujourd'hui bien connue, on pourrait, dans le cas où il se reproduirait l'extirper de la cavité de l'orbite; pour cela le chirurgien n'aurait qu'à introduire sur un des côtés de cette tumeur une airigne déliée, simple ou à deux pointes, à l'aide de laquelle il la saisirait et l'attirerait doucement à lui; alors, avec la pointe du bistouri ou celle de petits ciseaux consacrés à cet usage, il la séparerait de toutes ses adhérences dans l'orbite, et de ses plus profondes racines.

AUSSANDON.

Des effets délétères produits par l'abus du thé et du café; mémoire lu dans la séance du 1er avril dernier, de la Société médicale de Londres; par M. J. COLE.

(Suite du numéro précédent.)

Premier groupe. Douleur à l'estomac à la suite du repas, et vomissement des alimens.

Une domestique, âgée de 35 ans, se plaignit de douleurs après avoir mangé, avec affaissement et tiraillemens d'estomac, et une telle faiblesse, qu'elle pouvait à peine faire quelques pas. Après que ce symptôme eut duré quelque temps, elle éprouva dans le côté gauche un frémissement avec sensation de plénitude sur les clavicules. Les selles étaient régulières, l'appétit bon; la santé générale n'offrait, du reste, aucun dérangement.

Reconnaissant aussitôt les effets du thé, et voulant la convaincre de l'exactitude de ce que je le lui disais, je lui demandai de s'en abstenir pendant trois jours, et de prendre en sa place de l'eau et du lait, ou quelque autre boisson inoffensive, sans lui prescrire aucun autre médicament. Le troisième jour elle n'éprouvait plus la moindre trace de son incommodité.

Ce cas nous offre un exemple déjà un peu grave de l'effet du thé, car dans le plus grand nombre il n'y a ni douleurs vives dans la région de l'estomac, ni vomissemens, quand les symptômes n'offrent pas plus d'intensité que dans le cas que nous venons de voir. Elles peuvent être facilement et instantanément dissipées par un peu de liqueur, et un des effets les plus funestes de l'habitude du thé, c'est de faire contracter celle des spiritueux; tous les jours vous entendez dire à Londres : « Je ne puis me dispenser de prendre un verre de genièvre vers onze heures, tant je me sens l'estomac lourd et embarrassé. »

Deuxième groupe. Les effets apparaissent ordinairement à la suite d'une affection aiguë.

Madame R***, âgée de 40 ans, sans enfans, qui a toujours joui d'une bonne santé, quoique disposée d'une manière toute particulière aux affections nerveuses, était convalescente d'une vive attaque d'une fièvre catarrale, quand un matin, une demi heure environ après avoir pris son déjeuner ordinaire, qui se composait de thé et de pain au beurre, elle éprouva une grande faiblesse avec un sentiment d'oppression sur l'estomac. Je la vis un quart-d'heure après le début; elle s'agitait beaucoup, faisait de grands efforts à chaque inspiration, et s'écriait qu'elle allait mourir si elle n'était promptement soulagée; il n'y avait ni plénitude, ni sensibilité à la pression. Elle se plaignait d'une douleur sourde et obtuse avec un sentiment de défaillance et d'oppression qui l'alarmait beaucoup. La physionomie était toute bouleversée; la face était injectée; le pouls plus fréquent et plus fort qu'il n'avait été pendant toute la durée de sa maladie. Le thé (qui était noir) avait été fait accidentellement plus fort qu'à l'ordinaire, et elle en avait pris aussi beaucoup plus qu'elle n'avait coutume de faire. Elle venait à peine de prendre la dernière tasse quand elle éprouva le sentiment de défaillance, et une demi-heure après, elle était dans un état très-alarmant. Une vessie pleine d'eau chaude appliquée sur l'estomac et une potion avec camphre et éther, lui procurèrent un prompt soulagement; mais sa convalescence fut plus longue qu'elle ne l'eût été sans cet accident.

Troisième groupe. Spasmes graves de l'estomac.

Une fille de 30 ans éprouvait depuis plus d'un an de fréquentes attaques de spasme de l'estomac. Le moindre effort suffisait pour en déterminer le retour, et elle pouvait à peine faire quelque pas sans en être prise. Un jour, cet état la prit en marchant dans la rue et avec tant de force qu'on fut obligé de la porter dans une boutique voisine, où je la vis. A ce moment les spasmes de l'estomac avaient une très-grande intensité, et elle fut pendant long-temps sans rien pouvoir avaler. Aussitôt qu'elle put prendre une forte dose de laudanum et d'éther, elle fut soulagée. Je reconnus alors que ces accidens étaient uniquement dus à l'action du thé, et qu'elle éprouvait en outre l'affaiblissement, les tiraillemens et le frémissement dont nous avons déjà parlé.

Je ne lui prescrivis aucun médicament, mais l'abandon du thé. Pendant plusieurs semaines qu'elle observa cette défense avec exactitude, elle n'éprouva pas le moindre symptôme; mais un jour qu'elle en prit une seule tasse, les accidens reparurent presque aussitôt.

Quatrième groupe. Trouble des fonctions du cœur.

Priscella, domestique, âgée de 30 ans, maigre, mais bien portante, était habituée à boire une grande quantité de thé vert très-fort. Quinze jours après une très-légère scarlatine, elle se plaignit d'être empêchée de dormir par une violente douleur le long des bras, au-dessus du coude. Elle accusa aussi un sentiment de serrement dans la poitrine qui la forçait de se tenir assise sur son lit; elle ne pouvait monter un escalier sans être prise de palpitations de cœur et d'une forte dyspnée. Le pouls était vif, petit et faible. Les fonctions digestives étaient normales. Elle prit sans aucun avantage les préparations de colchique et la digitale pendant quinze jours. Enfin, elle consentit à abandonner l'usage du thé, et trois jours après tous les symptômes avaient disparu.

Cinquième groupe. L'action du cœur est considérablement augmentée et douloureuse.

Une fille âgée de 25 ans, d'une santé florissante, fit le 11 août, après avoir pris le thé, cinq milles à pied et presque toujours en courant. En arrivant, elle prend de nouveau du thé et éprouve presque aussitôt une violente attaque de palpitations avec une vive douleur dans la région du cœur et suffocation imminente dès qu'elle voulait faire quelques pas. Pendant la nuit, elle fut obligée de rester continuellement assise, ne pouvant respirer couchée. Le lendemain, les mêmes accidens continuèrent; les pulsations du cœur étaient si fortes qu'on les distinguait facilement à la vue. Elle se plaignait d'une vive douleur dans la région du cœur et d'un sentiment de plénitude vers les clavicules, avec suffocation imminente. Le pouls était développé et battait 12 fois par minute.

Le 13, le sentiment de suffocation était moins fort; mais les palpitations avec la douleur, et l'impossibilité de faire aucun mouvement étaient les mêmes. Le 14 et le 15, pas de soulagement. Le 16, les douleurs sont moins vives; mais les palpitations n'ont rien perdu de leur violence. J'appris alors qu'elle continuait à prendre du thé le matin et le soir comme avant sa maladie; elle en cessa l'usage, et le 18, la douleur avait presque complètement disparu; le cœur avait perdu une grande partie de sa violence. Les jours suivans, elle était tout-à-fait rétablie.

Sixième groupe. Syncope produite par l'usage du thé vert.

M. ***, auteur, très-robuste et encore jeune, fut saigné par une application de ventouses, pour une affection des reins. Les ventouses furent appliquées à trois heures, et il n'éprouva rien d'extraordinaire; il dîna comme d'habitude et se trouva très-bien jusqu'à environ une demi-heure après qu'il eut pris le thé; il en but une grande quantité et prenait habituellement du thé vert et très-fort. Alors il tomba tout-à-coup en défaillance. Je le trouvai la figure et les lèvres très-pâles, la peau couverte d'une sueur froide et visqueuse, le pouls si lent et si faible qu'il était à peine sensible. Un stimulant, composé d'ammoniaque et d'éther, le ramena bientôt à lui-même; mais tout le restant de la journée il fut très-mal à l'aise.

Les mêmes accidens se reproduisirent une seconde fois, et avec les mêmes circonstances, à la suite d'une nouvelle application de ventouses. J'appris alors qu'il était très-sujet aux syncopes. A une époque où il était attaché au parlement comme rapporteur, il était occupé pendant toute la nuit et se couchait très-rarement avant six ou sept heures du matin; il se levait vers le midi et s'occupait dans son cabinet jusqu'au moment de se rendre à la chambre, ayant constamment à côté de lui la théière et prenant ainsi pendant cinq ou six heures du thé vert extrêmement fort. Pendant le temps qu'il mena ce genre de vie, il lui arrivait ordinairement trois ou quatre fois par semaine de tomber sans connaissance sur le parquet.

Septième groupe. Perte subite de la sensibilité après d'abondantes libations de thé noir.

Madame X...., mère de plusieurs enfans, avait toujours joui d'une bonne santé; elle éprouvait cependant depuis quelque temps des pertes de sensibilité qui lui venaient subitement; et le soir elle restait dans cet état pendant plusieurs heures, et les moyens que différens médecins, appelés dans ces occasions, lui avaient conseillés, étaient tous restés sans efficacité. Ces accidens revenaient presque toutes les semaines; mais, depuis long-temps, elle éprouvait, après avoir pris le thé le matin et le soir, un affaissement et des tiraillemens d'estomac, avec le frémissement du côté gauche. Comme elle prenait beaucoup de thé noir et très-fort, je lui en défendis l'usage, et tous les symptômes de sa maladie disparurent à la fois.

Huitième groupe. Céphalalgie habituelle variant d'intensité à des heures différentes de la journée.

Un homme âgé de 40 à 50 ans, fruitier, éprouvait depuis long-temps une forte douleur de tête pour laquelle il avait été souvent saigné, et avait fait beaucoup de traitemens prescrits par différens médecins et sans en retirer aucun soulagement.

La douleur était presque constante, mais s'exaspérait au milieu du jour et le soir. Il éprouvait à la partie postérieure de la tête un engourdissement qui s'étendait graduellement à toute la tête avec des douleurs aiguës et des battemens. Sa démarche était incertaine; il se plaignait en outre d'un sentiment de défaillance et de viscosité dans la région de l'estomac, avec le frémissement du cœur et le froid des pieds et des mains dans toutes les saisons de l'année. Ces derniers symptômes précédaient toujours le paroxisme de la céphalalgie.

Il prenait du café deux ou trois fois le matin et de nouveau encore le soir. Je lui défendis le café, et huit jours après tous les symptômes du côté de l'estomac et du cœur avaient disparu; la douleur de tête était considérablement diminuée. Quelques doses de valériane la firent entièrement cesser en peu de jours.

Neuvième groupe. Convulsions.

M. S***, âgé de 22 ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, perdit en deux jours une assez grande quantité de sang par le nez : une pinte dans une seule nuit. Le lendemain matin, une demi-heure après le déjeuner, il fut pris subitement de convulsions qui cessèrent après l'administration d'un stimulant; mais il resta faible pendant le jour. Le lendemain, se sentant assez bien, il fit une assez longue course et en revenant prit une demi-tasse de thé, la première qu'il eût prise depuis son attaque, et un quart d'heure après, il fut repris de convulsions qui furent plus violentes que les premières, et cédèrent à l'administration des mêmes moyens.

Le thé qu'il avait pris avant la première attaque était accidentellement plus fort que d'habitude; c'était du thé noir, et la seconde fois il en fallut une bien moins grande quantité pour produire l'effet délétère. Ce fait est parfaitement d'accord avec l'expérience journalière, qui m'apprend que quand une fois on a éprouvé les effets délétères du thé et avec intensité, ils sont reproduits ensuite par une très-faible quantité de ce breuvage.

La lecture attentive de ces faits nous amène à cette conclusion, que l'estomac est le premier organe sur lequel le thé exerce son influence funeste, comme

le démontrent les tiraillemens, le sentiment d'épuisement et de vide que l'on éprouve dès le commencement. Vient ensuite le cœur, dans lequel on sent un frémissement et dont les palpitations sont augmentées. La plénitude dans la région des clavicules semble nous indiquer ensuite un embarras dans la circulation des gros vaisseaux. A la fin, l'influence s'étend au cœur et au cerveau et détermine la syncope et les convulsions. Mais le cœur est l'organe dont les fonctions sont le plus constamment et le plus sérieusement troublées.

Quant au traitement il nous reste peu de choses à en dire, puisqu'il ressort des faits que nous venons de parcourir qu'il suffit d'éloigner la cause pour faire disparaître les symptômes. Cependant quand les accidens sont graves et semblent menacer la vie, c'est aux stimulans que l'on doit avoir recours.

LANCETTE DU 22. N° 78.

HOTEL-DIEU.

Service de M. Petit.

Cas d'entérite typhoïde, de pneumonie, d'encéphalite et d'arachnitis à la convexité; d'inflammation du sinus longitudinal supérieur et des veines de la partie supérieure de l'encéphale, toutes maladies observées à l'etat aigu chez le même sujet; par M. Montault.

Tout n'a point été dit sur les maladies de l'encéphale, et, malgré les beaux travaux de MM. Lallemand, Bouillaud, Rostan, Serres, etc., on rencontre tous les jours quelque chose de nouveau à décrire : c'est ce qui nous semble confirmé par l'observation suivante :

Une jeune fille âgée de 20 ans, domestique, entra à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1833, se disant malade depuis huit jours, à Paris depuis neuf mois; elle présentait les symptômes d'une gastro-entérite et d'une bronchite légères réunies (fièvre catarrhale des auteurs); une diarrhée abondante, la rougeur et la sécheresse de la langue, des réponses brèves et tardives, de la morosité, vinrent bientôt changer cet état, qui, eu égard au séjour récent de la malade à Paris, fut regardé comme un commencement de fièvre typhoïde. Sangsues à plusieurs reprises à l'épigastre et derrière les oreilles; tisane et lavemens adoucissans; diète sévère.

2 mai. Langue moins rouge, peau sèche, diarrhée abondante, dissimulée par la malade; menace de prostration; on ajoute un gros d'acétate d'ammoniaque (esprit de mindérérus) dans la tisane et dans un julep. Sangsues derrière les oreilles.

Le surlendemain on observa le même état, et en outre les symptômes d'une bronchite double et d'une pleuro-pneumonie dans le côté droit. Vingt sangsues sur ce côté.

Les jours suivans, morosité. Interrogée sur sa santé, la malade répond qu'elle se trouve bien; indifférence complète sur tout ce qui peut fixer l'attention à cet âge; quelquefois la tête reste tournée tantôt à droite, tantôt à gauche, et si l'on essaie de la redresser, on produit beaucoup de douleur; douleur vive qui semble de nature rhumatismale, fixée à l'épaule droite, où l'on applique un cataplasme sinapisé.

9 mai. Taciturnité et morosité plus grandes; décubitus sur le côté gauche, le tronc recourbé en avant, les cuisses fléchies sur le ventre, tous les muscles étant dans un état de contraction tonique (emprostotonos). Si l'on veut faire asseoir la malade, tout le corps est raide et comme d'une seule pièce. On soupçonne une affection de la moelle, et on applique un sinapisme le long de la colonne vertébrale.

10 mai au matin. Sons plaintifs et continuels, point de parole, convulsions dans tout le côté gauche du corps, surtout dans le bras, dont le pouce est rentré en dedans comme dans l'épilepsie, et qui est contracturé dans sa totalité pendant la durée de ces spasmes, lesquels, après cinq ou dix minutes, font place à la résolution des parties. On ne remarque point les mêmes symptômes dans le côté droit du corps. En pinçant fortement la peau, soit à droite, soit à gauche, on n'excite aucun mouvement, mais les plaintes de la malade semblent augmenter; tête tournée à gauche, pupilles très-dilatées, yeux tournés en haut et à droite, immobiles. 10 sangsues sur le trajet des veines jugulaires, sinapismes aux jambes.

10 mai au soir. Etat comateux, pupilles toujours dilatées, plaintes continuelles, respiration difficile et fréquente, pouls très-fréquent, non développé; toux catarrhale; tête revenue à sa rectitude naturelle; paupière supérieure abaissée au devant du globe de l'œil; membres du côté gauche à demi contracturés, non agités convulsivement. On soupçonne l'existence d'une encéphalite dans l'hémisphère droit du cerveau, et vraisemblablement dans les ganglions optique et strié de ce côté. Application sur la tête, pendant toute la nuit, d'une vessie remplie de glace.

11 mai au matin. Peau chaude, en moiteur; tête dans l'état de rectitude, pupilles moins dilatées que la veille; la malade essaie inutilement de tirer la langue lorsqu'on le lui demande; état comateux; convulsions seulement dans le bras gauche, qui, à demi contracturé, tend à être rapproché du tronc par saccades convulsives : ces convulsions font ensuite place à la résolution. 10 sangsues de chaque côté du col, vésicatoires aux cuisses, glace sur la tête; pour tisane, de l'hydromel avec addition de tamarin et d'un grain d'émétique.

11 mai au soir. Etat comateux, résolution et insensibilité générales; pouls très-petit et très-fréquent, respiration très-accélérée et suspirieuse, mort dans le milieu de la nuit.

Examen du cadavre 33 heures après la mort.

Abdomen. — Estomac revenu sur lui-même, du volume du gros intestin; on n'y remarque point d'autre dérangement. On trouve à la fin de l'iléon, à un pied environ de la valvule de Bauhin, deux ulcérations circulaires de la muqueuse, laissant à nu la tunique musculaire, et, immédiatement avant celles-ci, une autre ulcération plus petite et isolée, de la largeur d'une pièce de cinq sols; autour de ces trois ulcérations, et dans une assez grande étendue, la muqueuse présente l'inflammation dite villeuse, c'est-à-dire, qu'elle est rouge uniformément et ramollie; les ganglions du mésentère qui correspondent à ces lésions de l'intestin, sont tuméfiés, d'un rouge livide, mais non ramollis; la valvule iléo-cœcale et le cœcum lui-même sont sains. On ne

trouve rien d'anormal dans les gros intestins, qui contiennent des matières jaunâtres. Les autres organes abdominaux ne présentent rien de remarquable.

Thorax. — Cœur petit et flasque. Poumons emphysémateux à leur partie antérieure : celui du côté droit présente en outre une hépatisation au deuxième degré, dans son lobe inférieur.

Tête. — Quelques traces récentes d'exsudation albumineuse dans la cavité de l'arachnoïde, et à droite et à gauche du sinus longitudinal supérieur, qui adhère, ainsi que la faulx du cerveau, à la face interne des deux hémisphères à l'aide de fausses membranes et par les veines qui s'y rendent de la pulpe nerveuse ; ce sinus contient dans toute son étendue du sang coagulé et au centre des caillots (de distance en distance), du pus jaunâtre et liquide; on trouve principalement le pus au niveau des points où viennent déboucher dans ce sinus les veines qui rapportent le sang de la convexité et de la face interne des hémisphères. Ces veines sont dures, distendues par du sang coagulé et ressemblent à de petites cordes; les sinus latéraux contiennent aussi du sang coagulé. On voit à la convexité des hémisphères un pointillé rouge, couleur lie-de-vin dans quelques endroits, qui existe dans toute l'étendue de cette convexité et en profondeur à un pouce environ de la surperficie du cerveau, mais sans pénétrer jusque dans les ventricules, et diminuant d'autant plus qu'il pénètre plus profondément dans la substance médullaire : cette encéphalite était donc plus intense à la surface convexe des hémisphères qui présentaient en outre un léger ramollissement rouge dans plusieurs points, mais notamment dans l'étendue d'un demi-pouce cube environ, à droite et à gauche de la grande scissure médiane, vers la réunion du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Les ventricules semblaient avoir une ampleur ordinaire. Les corps striés et les couches optiques, à droite comme à gauche, étaient exempts d'altération. Il en était de même pour les autres parties de l'encéphale.

La moelle épinière n'a malheureusement pas pu être examinée.

Réflexions.

Les altérations intestinales, constatées à l'autopsie, sont-elles suffisantes pour rendre raison de l'état typhoïde présenté d'abord par la malade ? Je pense qu'on peut l'affirmer, sans avoir besoin de recourir, comme on le pourrait faire du reste, à la lésion du cerveau ; on trouvera des observations semblables dans l'ouvrage de M. Louis sur la fièvre typhoïde, t. 2, p. 332 et suiv. chapitres 4 et 5, sous les noms d'affections typhoïdes douteuse et simulée.

La pneumonie constatée à la partie inférieure du poumon droit avait été reconnue pendant la vie, et n'a rien offert de remarquable.

C'est une chose bien digne de remarque que la coexistence, dans une même partie de l'encéphale (à la convexité), de cette arachnitis, de cette encéphalite, de cette plébite et de cette inflammation des sinus, maladie (inflammation des sinus du cerveau) sur laquelle M. Cruveilhier et M. Tonnelé (dans un mémoire lu à l'Académie de médecine) ont jeté beaucoup de lumières il y a quelques années. Laquelle de ces trois lésions a été primitive, de l'arachnitis, de l'encéphalite ou de la phlébite? Nous n'entrerons ici dans aucun détail, dans la crainte d'être accusé de faire de la théorie : nous dirons seulement que la phlébite semblera consécutive à l'encéphalite, si l'on reconnait avec M. Broussais que « l'inflammation altère toujours les fluides de la partie enflammée..... » D'où vient qu'il n'y a point eu de délire, mais seulement plaintes et abolition de la parole, sous l'influence de la désorganisation qui siégeait à la convexité des hémisphères et qui bien certainement avait commencé par la substance grise? N'est-ce point encore une remarque digne d'être notée que ces convulsions qui se sont manifestées dans le bras et la jambe gauches, tandis qu'il n'existait aucune trace d'altération, à droite, dans la couche optique et le corps strié, ganglions qui présideraient aux mouvemens de ces parties d'après MM. Serres, Foville et Pinel Grand-Champ? Quelle que soit la part des symptômes que l'on voudra rapporter à chacune en particulier des trois lésions réunies de l'encéphale, toujours est-il qu'on a pu distinguer avant la mort l'ensemble et la marche des symptômes assignés à l'encéphalite par M. Lallemand : « Symptômes spasmodiques, paralysie lente et progressive, marche inégale et intermittente. »

Nous ne hasarderons ici qu'une réflexion au sujet du traitement : c'est qu'on eût peut-être obtenu plus d'avantages en employant avec plus d'énergie le traitement antiphlogistique local, et en recourant plus tôt aux applications de glace sur la tête.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU D'AIX

(B.-du-Rhône);

Par le docteur G. Goyrand.

Cancer de la main gauche ; amputation dans l'articulation radio-carpienne; pansement avec l'eau froide ; guérison prompte.

J. Fabre, cultivateur, âgé de 56 ans, était atteint depuis deux ans d'une ulcération à la main gauche ; l'affection avait, dit-il, commencé par un bouton presque indolent, qui s'était d'abord montré vers la face dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. Ce bouton s'ulcéra, l'ulcère s'élargit peu à peu, des élancemens s'y firent sentir. Fabre prit l'avis de plusieurs médecins: mais ne suivit que les conseils d'un charlatan; enfin, voyant que rien n'arrêtait les progrès de son mal, il se rendit à l'hôpital le 27 février dernier. A cette époque, l'ulcère s'était étendu au loin sur les faces dorsale et palmaire de la région métacarpienne de la main; les doigts index, médius et annulaire étaient ulcérés à leur base dans toute leur circonférence. Du côté du poignet, l'ulcère s'arrêtait sur les deux faces de la main, à un travers de doigt au-dessous des articulations carpo-métacarpiennes. L'aspect inégal, mamelonné, tuberculeux de l'ulcère, ses bords renversés, les élancemens dont il était le siége, l'odeur qu'il exhalait, ne pouvaient laisser le moindre doute sur la nature du mal. La constitution du sujet était bonne d'ailleurs, les ganglions lymphatiques de l'aisselle étaient exempts de tout engorgement. La nécessité de l'ablation du mal ne pouvait être une question ; mais où devait-on am-

puter? La masse charnue de l'éminence thénar était saine; on eût pu conserver à la partie supérieure de la région métacarpienne, sur les deux faces de la main, assez de parties molles pour recouvrir la surface inférieure du carpe. Si la désarticulation des quatre derniers os métacarpiens est admissible en pratique, elle eût très-bien pu être appliquée à ce cas; mais, à mon avis, les faibles avantages que présente la conservation du pouce seul, ne peuvent pas être mis en balance avec les graves dangers auxquels expose l'ouverture de la grande synoviale du carpe. Mon opinion à cet égard est établie sur un assez grand nombre de faits pratiques. Je me déterminai donc à amputer dans l'articulation du poignet, et je donnai la préférence à la méthode circulaire.

L'opération fut pratiquée le 4 mars. Les tégumens, tirés par en haut par un aide, furent incisés à huit lignes au-dessous de l'articulation; leur rétraction fut favorisée par la section des brides celluleuses qui les unissaient aux parties sous-jacentes. Les tendons extenseurs furent divisés à la hauteur de l'article; divisant ensuite les ligamens latéraux, et dorsaux, je traversai l'articulation, et terminai en coupant les tendons fléchisseurs encore à la hauteur de la jointure. Les artères radiale et cubitale seules exigèrent une ligature. Les surfaces articulaires de l'avant-bras furent recouvertes par la peau, dont les bords furent exactement rapprochés dans le sens du diamètre dorso-palmaire, et maintenus en rapport au moyen de quelques bandelettes agglutinatives. Le moignon fut placé sur un plan ascendant et fréquemment arrosé d'eau fraîche les six premiers jours. Il ne survint aucun accident, la plaie se réunit par première intention. Les fils se détachèrent le 12 et le 14.

Le 16, il ne restait de la plaie qu'un point suppurant vers le milieu de la cicatrice. Le pus fourni par ce point était onctueux et filant.

Enfin, le 25 la guérison était complète.

Je publie ce fait pour les praticiens qui redoutent encore les amputations dans les articles; je le publie comme une preuve nouvelle de l'efficacité de l'eau fraîche dans le traitement des plaies des amputations, comme une preuve de l'excellence de la méthode circulaire pour l'amputation du poignet. Enfin, on remarquera que je n'ai pas eu à me repentir d'avoir négligé le débridement des gaînes des tendons, recommandé par Garengeot, et que la direction ascendante que j'ai donnée au moignon, n'a donné lieu à aucune fusée purulente. A ce propos, s'il m'est permis d'émettre ici mon opinion sur la cause de ces fusées, je dirai que tout ce que j'ai observé me porte à penser que le pus ne s'infiltre jamais dans les espaces celluleux ni dans les gaînes des tendons; mais que toujours il se forme dans ces gaînes et ces espaces, par suite de la propagation par continuité des tissus, de l'inflammation de la surface traumatique. Comment pourrait-il en être autrement? A l'époque où le pus se forme à la surface d'une plaie, le tissu cellulaire de cette surface n'a-t-il pas déjà acquis une densité qui le rend imperméable; les gaînes fibreuses n'ont-elles pas déjà contracté avec les tendons des adhérences qui s'opposent à ce que le pus s'y insinue? Si ces faits sont vrais, il est naturel d'en conclure que le moyen le plus sûr de prévenir la formation des fusées, consiste à prévenir une trop forte inflammation du moignon, à la combattre par les moyens les plus énergiques, quand elle atteint ce degré où elle devient un accident. Or, la direction oblique ascendante est la plus avantageuse sous ce rapport. Je ne puis m'empêcher de faire observer à cette occasion que les rudes pressions que certains praticiens exercent à chaque pansement sur le trajet des espaces celluleux du moignon, dans le but de prévenir la formation des fusées, doivent, dans bien des cas, être cause de cet accident redouté.

LANCETTE DU 25. N° 79.

HOTEL-DIEU.

Service de M. SANSON aîné.

(Clinique des maladies des yeux.)

Amaurose sthénique et symptomatique d'une affection cérébrale, dépendant elle-même d'une maladie organique du cœur.

Le nommé Bellamy, âgé de 37 ans, crieur dans les rues, marchand des quatre saisons, avait la vue faible depuis son enfance. Vers le mois de novembre 1832, à la suite de violens maux de tête, il entra à l'hospice Saint-Méry pour s'y faire traiter. Une saignée du bras lui fut faite, on lui appliqua quinze sangsues derrière les oreilles, puis un vésicatoire à la nuque. Lorsqu'il sortit, il ne voyait presque plus de l'œil gauche, et la vue de l'œil droit était aussi très-affaiblie.

Il vint à l'Hôtel-Dieu le 15 mars, et fut couché salle Sainte-Jeanne, n. 25.

A son entrée, le malade nous dit qu'il ne voit pas pour se conduire, et qu'il est sans cesse accablé par des élancemens dans la tête et par des douleurs fixes aux tempes; de plus, il ajoute qu'ayant fait une chute il y a quatre ans environ, sur la région précordiale, le sang l'avait toujours tourmenté depuis, et qu'il avait des étourdissemens, des bruissemens dans l'oreille gauche, des palpitations de cœur, de la difficulté dans la respiration.

Il déclare en outre qu'il n'aperçoit que les masses des objets, mais qu'il ne peut distinguer leur forme ni leur couleur. Il voit les objets doubles lorsqu'il dirige ses yeux à gauche, sa tête restant immobile. Il éprouve quelques vertiges et de légers éblouissemens.

L'œil gauche est encore sensible à la lumière; le malade voit la flamme d'une chandelle, mais il lui est impossible d'en distinguer la mèche ni le corps. La flamme lui paraît environnée d'une auréole irisée.

De l'œil droit, il voit le corps de la chandelle, et distingue peu son contour. Les deux yeux sont parfaitement transparens, les paupières ne présentent pas la moindre rougeur, non plus que la sclérotique.

La pupille gauche est presque immobile; elle offre peu de netteté; son bord est légèrement frangé. Les mêmes caractères existent à la pupille droite seulement; elle est plus dilatée que la gauche. Toutes deux sont oblongues dans le sens vertical, et d'un noir parfait.

L'examen général du malade faisait reconnaître une affection organique du cœur. En effet, la respiration était courte, la peau présentait une teinte bleuâtre, plombée, très-sensible, phénomène qui se manifeste presque toujours lorsqu'une cause quelconque apporte un obstacle considérable à l'exercice de la respiration, et ici la trop grande quantité de

sang lancée dans les poumons était le seul obstacle. Le pouls était dur, irrégulier.

La région précordiale ayant été auscultée, on reconnut que les battemens du cœur étaient plus forts, et qu'ils avaient plus d'étendue qu'à l'état normal. Un bruit de soufflet très-marqué se faisait entendre. En appliquant la main sur cette partie, elle était en quelque sorte repoussée; les contractions paraissaient tellement fortes, qu'elles soulevaient la chemise du malade.

La percussion fournissait de la matité dans un espace qui paraît peu proportionné à l'étendue supposée du cœur du sujet.

Tous ces signes faisaient diagnostiquer un anévrisme du cœur avec hypertrophie, ou l'anévrisme actif de Corvisart.

Dans cette affection, le sang, arrivant au cerveau avec plus de force, on conçoit que la substance cérébrale étant, par cela même, plus ou moins altérée, puisse déterminer une amaurose; c'est ce que semblerait avoir confirmé le malade qui fait le sujet de cette observation.

D'après ces présomptions, on devait traiter les causes premières, c'est-à-dire l'affection du cœur. Et en effet, le deuxième jour de son entrée, on lui fait une saignée du bras, on applique quinze sangsues aux tempes et aux apophyses mastoïdes; diète, repos, boissons rafraichissantes.

Le quatrième jour, moins de céphalalgie, le pouls est moins fréquent.

Le cinquième jour, une saignée du bras.

Le onzième jour, le pouls reprend sa fréquence et présente de la dureté; point d'amélioration dans la vue.

Ventouses sèches sur la région précordiale.

Le douzième jour, le 27 mars, le malade dit apercevoir un peu mieux la lumière.

Le 28, une petite saignée pour affaiblir encore les battemens du cœur. Dans ce cas les émissions sanguines doivent être peu abondantes; car, comme il faut y revenir souvent à cause de leur efficacité, c'est une ressource dont on ne doit point abuser.

Le 31, même état, ventouses scarifiées sur la région du cœur.

Le 1er avril, les bruits du cœur sont moins forts, mais les battemens sont aussi nombreux.

Le 2 avril, frictions sur le cœur avec la teinture de digitale.

Les pulsations du cœur ont évidemment diminué, le pouls est moins dur.

Cependant, outre l'affection du cœur, le cerveau, qui sympathiquement avait été atteint, devait fixer l'attention de M. Sanson, qui, dans les congestions cérébrales, ayant tiré de grands avantages des sangsues appliquées d'une manière permanente derrière les oreilles, usa de ce moyen. Huit sangsues pendant 48 heures aux apophyses mastoïdes.

Le 4 avril, la céphalalgie a beaucoup diminué. Déjà le malade voit mieux, le strabisme dont il se plaignait n'existe plus; il voit les objets, mais la diplopie a disparu.

Le 6, ventouses scarifiées aux tempes.

Le 7, il aperçoit les objets un peu plus nettement, il peut se promener dans la salle. Il y avait certainement déjà une amélioration très-grande; mais l'espérance de guérir complètement cette amaurose était illusoire, puisque la cause première, l'hypertrophie du cœur est elle-même incurable.

Aussi ne s'abusait-on point sur ce fait; chercher à améliorer la vue du malade était le but seul vers lequel devaient tendre tous les efforts du chirurgien, et, cependant quelqu'amélioration qu'on pût obtenir, pouvait-on douter que la maladie récidiverait lorsque cet homme, pour débiter sa marchandise dans les rues, est obligé de faire des efforts et des cris presque continuels.

Le 8 et le 9, le pouls est toujours dur.

Le 10, la céphalalgie se manifeste de nouveau; une petite saignée du bras.

On ne comptait pas sur une amélioration plus grande que celle obtenue, encore ne regardait-on celle-ci que comme passagère à cause des raisons expliquées ci-dessus.

Le 12, néanmoins les battemens du cœur sont affaiblis, mais aussi fréquens que lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

Malgré la saignée, la céphalalgie persiste toujours; douleur sourde dans le fond de l'orbite, encore bien qu'il y ait du mieux dans l'affection du cœur, l'amaurose reste stationnaire. Il existe donc réellement une affection cérébrale, et qui paraîtrait avoir plutôt son siége à la réunion des nerfs optiques que dans toute autre partie, puisque les autres sens ainsi que les facultés intellectuelles sont dans un état normal.

On cesse tout traitement; et, après trois jours de repos, la vue s'améliore du côté gauche; déjà de l'œil droit il aperçoit mieux les objets; mais de l'œil gauche il ne les distingue pas nettement, il faut qu'il les examine long-temps avant de trouver le point où il faut que l'œil soit mis en rapport avec la portion sensible de la rétine.

Il n'a donc plus qu'une amaurose partielle au lieu d'une totale et complète.

Le 22, cautérisation sincipitale avec le cautère actuel, dans l'intention toujours de traiter la lésion irritative du cerveau.

Le 25, point de céphalalgie. De l'œil droit il voit un peu mieux, distingue les masses.

Vésicatoire à la nuque.

Le 28, le malade distingue les deux aiguilles d'une montre et peut dire l'heure que marque la montre; il n'est plus nécessaire pour lui de placer les objets de côté.

Le 7 mai, le mal de tête reparaît quoique avec moins d'intensité.

Plusieurs vésicatoires volans sont appliqués autour de la tête.

Petit lait; teinture de digitale à l'intérieur; 10 g.

Le 12 mai, le vésicatoire est remplacé par un séton.

Son état s'améliore de jour en jour, et le 27 mai, lorsqu'il a repris quelques forces, il quitte l'hôpital où il commence à s'ennuyer; il voit bien à se conduire, il distingue les objets, et ce qu'il y a de particulier, c'est que l'œil qui paraissait le meilleur à l'entrée du malade, est celui sur lequel le traitement a moins agi, car aujourd'hui c'est le plus faible des deux.

Le jour où il quitta la salle, il distinguait la forme et la couleur des objets à deux ou trois pieds de distance.

Depuis sa sortie, il vient chaque matin à la consultation des yeux pour faire panser son séton et la plaie produite sur le cuir chevelu par la cautérisation sincipitale; la vue s'est encore améliorée de beaucoup, puisqu'il distingue maintenant les personnes à 40 pas de distance et qu'il désigne la couleur des vêtemens en tant cependant qu'elle est un peu tranchée.

Il faut s'estimer heureux d'avoir obtenu une amélioration si grande chez un amaurotique qui était atteint en même temps d'une maladie du cœur et d'une affection cérébrale.

Cependant nous rappellerons ce que nous avons dit dans les leçons sur l'amaurose (Gazette des Hôpitaux, n° 39, t. 7), que l'amaurose qui reconnaissait pour cause une congestion cérébrale offrait quelques chances de succès. Nous avons saisi l'occasion d'appuyer ce que nous avions avancé par un des faits les plus intéressans en ce genre. F. C.

LANCETTE DU 27. N° 80.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Résumé des Conférences cliniques de M. Louis.

(Sixième article.)

De la péricardite.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies du cœur ont insisté sur les difficultés que présente le diagnostic de la péricardite. Laënnec disait qu'on pouvait plutôt la deviner que la reconnaître. Les recherches de M. Louis ont jeté de vives lumières sur ce point obscur de la pathologie; et aujourd'hui, la péricardite simple est aussi facile à reconnaître que la pleurésie. Les huit malades atteints de péricardite, observés par M. Louis pendant le cours de ses conférences, ont tous guéri. Ils étaient tous dans la force de l'âge, à l'exception d'un seul qui avait soixante ans. Les autres étaient âgés de vingt à quarante ans. Ils étaient tous d'une constitution médiocrement forte, et ils jouissaient d'une bonne santé au moment de l'invasion; on doit en excepter deux qui éprouvaient depuis quelques années de la toux et de la dyspnée, dues probablement à un emphysème du poumon.

La péricardite débuta le plus ordinairement sans symptômes précurseurs, par un frisson suivi de chaleur, accompagné de douleur à la région précordiale, d'oppression, avec diminution de l'appétit et des forces. Les symptômes persistèrent pendant quatre, cinq, six jours, au bout desquels les malades se rendirent à l'hôpital. A cette époque, on observa les symptômes suivans: décubitus naturel, dyspnée, toux légère, douleur de la région précordiale, palpitations, chaleur de la peau médiocrement élevée, pouls peu fréquent, rarement irrégulier, soif médiocre, pas de nausées, ni de vomissemens. La poitrine était parfaitement sonore si ce n'est à la région précordiale, qui donnait un son mat. Le bruit respiratoire était nul, là où la percussion ne rendait aucun son; il existait en même temps dans cette partie une saillie circulaire d'environ trois pouces de diamètre. Une saignée fut pratiquée dans le plus grand nombre des cas; sous l'influence de cette médication, il survint une diminution rapide des symptômes, et la maladie se termina chez tous vers le quinzième jour par la guérison.

Dans une maladie qui est généralement peu connue, nous ne devons pas nous contenter d'une simple énumération des symptômes; nous devons les analyser sous le rapport de leur fréquence et de leur valeur comme signe diagnostiques.

Nous allons reprendre un à un tous ceux de la péricardite.

Le frisson n'a été noté que dans quatre cas. Il fut en général peu intense. La chaleur qui le suivit était peu considérable. Chez l'un de ces huit malades, la chaleur de la peau était tout-à-fait normale.

Le pouls a été peu fréquent. Il ne s'est élevé au-dessus de 100 pulsations que dans un seul cas. Cette fréquence ne fut pas de longue durée. Le pouls ne tarda pas à descendre à 60 pulsations. Son irrégularité n'a été constatée que dans deux cas. Encore ne persista-t-elle pas long-temps. Elle ne fut observée que pendant deux ou trois jours. Chez quatre malades atteints de péricardite mortelle, le pouls s'est montré irrégulier dans trois cas. Nous devons faire remarquer que les malades portaient diverses altérations du cœur et des poumons, qui compliquaient la phlegmasie du péricarde. Sous le rapport de son volume le pouls n'offrit rien de remarquable, il ne fut petit que dans un seul cas.

Trois malades seulement offrirent des palpitations. Elles n'eurent lieu que vers le troisième ou le quatrième jour de l'invasion, et ne furent pas de longue durée. Chez les quatre malades qui succombèrent et dont M. Louis a rapporté ailleurs l'histoire, les palpitations furent observées deux fois. Du reste, ce symptôme n'offrait rien de grave, les malades y faisaient à peine attention.

La lipothymie n'a eu lieu que dans un seul cas, relatif à une jeune fille de 16 ans, couchée au n° 3 de la salle Saint-Charles. Elle fut accidentelle. Chez les quatre individus qui ont succombé, M. Louis ne l'a point observée. Sur 55 cas de péricardite rapportés par les auteurs, la lipothymie n'a été signalée que deux fois.

La douleur précordiale s'est montrée quatre fois sur huit. Elle augmentait d'intensité par la percussion. Ce symptôme doit donner l'éveil au médecin, et lui faire présumer l'existence de la péricardite. M. Andral l'a observée dans la moitié des cas dont il a consigné l'histoire dans sa clinique médicale. Elle s'est montrée dans les mêmes proportions chez les malades dont Bertin et Corvisart ont rapporté l'observation.

Tous les malades ont présenté une saillie de la région précordiale du thorax. Cette voussure présentait la forme d'un cercle, ayant de trois à cinq pouces de diamètre. Ce signe est en quelque sorte pathognomonique. Il n'a pas été signalé par les auteurs, mais M. Louis l'a constaté dans tous les cas. Du reste, cette saillie diminue à mesure que s'opère la résorption du liquide épanché. Dans un cas où le malade succomba, il persista jusqu'à la mort. Pour constater l'existence de cette saillie, il faut explorer le malade avec soin. On doit le laisser debout, ou le faire placer sur son séant.

La matité du son dans la région précordiale a été constatée dans tous les cas. Ce signe est d'une très-grande importance. Comme chez les huit malades il n'existait aucune phlegmasie des plèvres, ni du parenchyme pulmonaire, pour expliquer l'absence de sonoréité du thorax, il fallait donc admettre l'existence d'une maladie du cœur ou du péricarde. La première hypothèse était inadmissible puisque les malades avant le début de l'affection qui les amenait à l'hôpital, n'avaient éprouvé ni palpitations, ni dyspnée, ni œdème des extrémités. Il fallait donc en conclure que le péricarde était l'organe affecté et qu'il était le siége d'un épanchement. Celui-ci pouvait être le résultat de l'accumulation du sang, ou

bien d'un liquide séreux ou séro-purulent. Mais le sang n'aurait pu provenir que d'une rupture du cœur et des gros vaisseaux, lésion qui n'est pas compatible avec la vie. On ne pouvait non plus admettre une collection de sérosité pure et simple, car l'hydropéricarde essentielle est une maladie très-rare. Il existait donc un épanchement séro-purulent dépendant de la phlegmasie du péricarde. S'il avait pu exister des doutes sur la nature de cette altération, ils auraient été complètement dissipés par la disparition de la saillie précordiale qui eut lieu dans tous les cas, sous l'influence de la saignée ou du régime.

Le bruit respiratoire fut obscur ou nul dans la région précordiale chez tous les malades. Du reste, cette absence du murmure respiratoire ne fut que momentanée.

L'œdème des extrémités inférieures ne fut observé que chez un malade, qui offrait d'ailleurs une dyspnée intense. Cet œdème disparut au bout de quelques jours, avec les symptômes de la péricardite. M. Louis a constaté l'existence de cette infiltration séreuse chez deux des quatre malades qui succombèrent.

L'oppression fut en général peu considérable; dans aucun cas il n'y eut d'orthopnée.

La toux s'est montrée six fois sur huit. Elle était indépendante d'une phlegmasie des bronches et du parenchyme pulmonaire, comme on s'en assura par l'auscultation et la percussion. Elle était manifestement due à la compression mécanique du poumon par le liquide épanché. Quant à la prostration des forces, elle fut à peu près nulle : tous les malades vinrent de leur pied à l'hôpital. Les autres symptômes généraux furent fort légers. L'appétit ne s'est complètement perdu que dans deux cas. La soif ne fut vive que chez un seul malade. Les phénomènes secondaires, dont la fréquence et l'intensité sont toujours proportionnées à la fièvre, furent à peu près nuls. Un seul malade fut affecté de diarrhée pendant sa convalescence,

La marche fut généralement rapide. La terminaison eut lieu en quinze jours. Les malades mangeaient le huitième ou le quart de la portion des hôpitaux, le dixième jour de l'invasion. Quant au diagnostic, la douleur de la région précordiale, la saillie de cette portion du thorax et la matité ne laissèrent aucun doute sur l'existence de la péricardite.

Cette affection se développe ordinairement sans cause connue. Un seul des huit malades qui font l'objet de ce résumé, avait reçu un coup de timon de voiture dans l'hypocondre gauche. L'âge moyen des malades atteints de péricardite, observés par M. Louis et les pathologistes qui se sont occupés des maladies du cœur, a été de trente ans. Les hommes y sont plus prédisposés que les femmes. Sur 106 cas dont M. Louis a fait l'analyse, il se trouvait seulement 27 femmes. Tous les autres étaient relatifs à des individus du sexe masculin.

Le traitement a été fort simple. La saignée du bras a été employée chez tous les malades, à l'exception d'un seul. Ce moyen est des plus efficaces. Il ne jugule pas la maladie, mais il abrège évidemment sa durée. Quant au vésicatoire, M. Louis ne l'emploie pas plus dans la péricardite que dans la pleurésie et la pneumonie.

Les accidens consécutifs de la péricardite sont ou nuls, ou peu graves. Corvisart pensait que lorsque des adhérences existaient entre le péricarde et le cœur, il devait nécessairement survenir des troubles divers de la circulation. Les faits observés par M. Louis sont loin de confirmer cette assertion; il a trouvé des adhérences du péricarde sur 69 sujets; l'âge moyen de ces individus était de 47 ans; tandis que l'âge moyen de 455 individus morts de maladies diverses était de 41 ans. C'est à tort que l'on a regardé l'hypertrophie du cœur comme un des accidens consécutifs de la péricardite; on a pris évidemment ici la cause pour l'effet.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU D'AIX

(Bouches-du-Rhône);

Par M. le docteur Goyrand.

Plaie pénétrante de la poitrine; hémorrhagie; projet de ligature de l'artère mammaire interne resté sans exécution; mort; autopsie; procédé facile pour la ligature de la mammaire interne.

Le 14 septembre 1832, on amena à l'hôpital un sergent du 24e régiment de ligne, qui venait de recevoir un coup d'épée dans un duel. L'arme qui avait produite la blessure avait une lame longue, étroite, aplatie, tranchante sur ses deux bords; elle avait pénétré au-dessus du téton droit, à quatre travers de doigts du bord du sternum, avait parcouru dans l'épaisseur de la paroi thoracique un trajet oblique, et avait pénétré dans la cavité droite du thorax par le quatrième espace inter-costale, à six lignes seulement du bord du sternum.

Le blessé arriva à l'hôpital à sept heures du soir, une heure après avoir reçu le coup. Il respirait avec douleur; les inspirations étaient fréquentes et incomplètes. Dans les mouvemens d'expiration, la peau était soulevée, au-devant de l'orifice interne de la blessure, par des flots de sang provenant de l'intérieur. Ce liquide s'échappait mêlé de grosses bulles d'air. La percussion donnait déjà un son mat dans la moitié inférieure de la cavité thoracique droite. Le pouls était concentré. Le blessé était dans une agitation extrême. Nous espérâmes obtenir la formation du caillot hémostatique par la réunion exacte de la plaie; mais la respiration en devint plus gênée. A plusieurs reprises le sang se fit jour au dehors, et il fallut renouveler à plusieurs fois les pièces d'appareil pendant la nuit.

Le 15, à la visite du matin, anxiété extrême; le blessé ne pouvait garder la position horizontale; la cavité droite du thorax, évidemment dilatée, rendait à la percussion un son mat dans toute son étendue, et restait immobile dans les mouvemens de la respiration; la suffocation était imminente. La peau décolorée se couvrait d'une sueur froide. Le malade avait eu plusieurs syncopes; le pouls était faible. Il fallait remédier de suite aux accidens les plus pressans : on crut devoir donner issue au sang épanché dans la poitrine. Une grande incision mit à découvert le trajet de la plaie, de son orifice externe à l'interne. Cette incision donna issue à une grande quantité de sang en partie coagulé, et le malade fut soulagé. Cependant, après l'écoulement du sang noirâtre, qui avait évidemment séjourné dans la cavité thoracique, la blessure ne cessait de donner du sang liquide et vermeil; le malade avait des lipothymies; il était évident que l'hémorragie conti-

nuait. La situation de la plaie, l'abondance de l'hémorragie, me firent penser que l'artère mammaire interne en était la source, et je proposai la ligature du vaisseau au-dessus de la blessure; mais je n'étais pas seul auprès du malade; le moyen que je proposais ne fut point adopté. Une indisposition m'obligea de quitter ce jour là même le service de l'hôpital.

Le blessé mourut le 16, et à l'autopsie, qui fut faite par les internes de l'hôpital, en présence de M. le docteur Arnaud, il fut reconnu que l'artère mammaire avait été ouverte à sa partie postérieure, mais non complètement divisée; que le poumon avait été traversé vers son bord antérieur; que le fer avait pénétré dans le péricarde, et écaillé légèrement la partie supérieure de la paroi antérieure du ventricule droit du cœur. Le péricarde contenait une petite quantité de sérosité sanguinolente. Une grande quantité de sang était épanchée dans la cavité droite de la poitrine. Aucune trace d'inflammation n'existait encore, soit à la plèvre, soit dans le parenchyme du poumon, soit au cœur ou au péricarde, et il est, ce me semble, évident que le blessé a succombé à l'hémorragie provenant de la lésion de l'artère mammaire interne.

Voici un procédé facile pour la ligature de ce vaisseau:

On fait à la paroi antérieure de la poitrine, sur les côtés du sternum, une incision de deux pouces, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, formant avec l'axe du corps un angle de 45 degrés; incision dont la partie moyenne doit correspondre à trois lignes environ du bord du sternum, et au milieu de la hauteur de l'extrémité sternale de l'espace inter-costal; et divisant successivement la peau, la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée, le muscle grand pectoral, on met à découvert l'espace intercostal. On incise ensuite dans la même direction et dans toute la hauteur de cet espace, la lame aponévrotique qui fait suite au muscle intercostal externe et les faisceaux superficiels de l'intercostal interne. Avec une sonde canelée, on écarte et on déchire les faisceaux profonds de ce dernier muscle, et on trouve l'artère et sa veine satellite à deux ou trois lignes du bord du sternum, au-devant des faisceaux du muscle triangulaire du sternum, qui séparent ces vaisseaux de la plèvre. Là, rien de plus facile que d'isoler l'artère, et de glisser au-dessous d'elle l'extrémité recourbée d'une sonde cannelée, ou tout autre instrument conducteur du fil. Cette opération se fait avec facilité dans les trois premiers espaces intercostaux. Dans le premier, on trouve les vaisseaux en rapport immédiat avec la plèvre.

Ce procédé que j'ai essayé un grand nombre de fois sur le cadavre, ne m'a jamais présenté la moindre difficulté. Il me semble préférable à l'incision longitudinale conseillée par M. Velpeau (1), en ce qu'il découvre bien plus largement le vaisseau, et en rend la ligature beaucoup plus facile.

(1) Anatomie chirurgicale.

LANCETTE DU 29. N° 81.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Service de M. Ricord.

Observations d'ophthalmie blennorragique; traitement; par Maxime Vernois.

De toutes les espèces d'ophthalmies, l'ophthalmie dite blennorragique est sans contredit une des plus graves. Sa marche rapide et inflammatoire, les désordres qu'elle produit, les conséquences fâcheuses qui en résultent ordinairement, sont autant d'élémens redoutables qui, depuis longtemps, ont dû attirer sur elle l'attention des praticiens. Et pourtant, si vous suivez la clinique de certains hôpitaux de Paris, vous verrez bien des malades dont les yeux ont été victimes de cette affection dangereuse. A l'hôpital du midi, plus que partout ailleurs, nous avons occasion d'observer beaucoup d'ophthalmies blennorragiques, et depuis six mois que je suis attaché au service de M. Ricord, je puis attester qu'aucun malade n'a perdu la vue à la suite d'inflammation de cette nature, si j'en excepte toutefois un jeune enfant qui fut reçu dans les salles au huitième jour de l'ophthalmie, et dont les cornées étaient déjà ulcérées. A quoi tient cette différence de résultats? C'est certainement au mode de traitement employé. La plupart des médecins ne se servent des antiphlogistiques que d'une manière saccadée, irrégulière, je dirai même souvent timide. Aujourd'hui ce seront des sangsues, demain les révulsifs, plus tard les purgatifs, pour revenir plus tard s'il y a lieu, à l'emploi des antiphlogistiques. Ils combattent le mal à petites journées; ils lui donnent le temps de s'organiser sur d'autres points. Le mal cède bien aux moyens qu'on lui oppose, mais il cède sans avoir éprouvé de perte réelle, sans être frappé à mort, et il reparaît bientôt ailleurs avec la même force, les mêmes menaces, les mêmes dangers. Ajoutez à cela que la cause de l'ophthalmie tourmente aussi l'esprit du praticien. Avec une idée fixe de syphilis, et surtout avec cette idée que le mercure peut seul la guérir, à l'instar des Anglais, il administre et localement et à l'intérieur des préparations mercurielles. Qu'en arrive-t-il? L'inflammation n'est pas enrayée dans sa marche; souvent elle s'aggrave; la durée se prolonge plus ou moins, des ulcérations de la cornée surviennent, des chémosis que l'on est obligé d'enlever avec les ciseaux, des staphylomes, des déformations de l'iris... la perte de la vue. On ne guérit la maladie ni dans son principe, ni dans ses effets.

Tel n'est pas la méthode de M. Ricord; d'abord il ne songe à aucune cause spécifique. La vérole n'entre pour rien dans la détermination du traitement; car, d'après ses travaux sur l'inoculation du virus vénérien, il s'est convaincu que le pus sécrété par l'œil enflammé n'est doué d'aucune propriété contagieuse; qu'un symptôme primitif non inoculable, comme le pus de la plupart des urétrites, ne réclame qu'un traitement local: c'est un pus simplement inflammatoire. L'ophthalmie blennorragique n'est plus pour lui qu'une ophthalmie causée par le contact d'un liquide très-irritant avec la conjonctive. C'est une inflammation vive qu'il faut combattre et tuer à sa naissance. « Alors, pour me servir de ses propres expressions, il tombe à bras raccourcis sur la phlegmasie. Il la prend pour ainsi

dire corps à corps, la suit, la poursuit, et lui fait quitter un terrain dont elle n'était pas encore devenue la maîtresse. Si vous lui laissez prendre droit de domicile tout est perdu, ou du moins la résistance qu'elle oppose va se mettre en équilibre avec vos moyens d'attaque, et le combat durera d'autant plus. Le médecin doit avoir raison du jour au lendemain. » Aussi, dans la même journée, souvent dans la même heure, une large saignée est pratiquée au malade, des sangsues sont appliquées à la région temporale; un séton à la nuque, des frictions avec l'extrait de belladone sont faites à la base des orbites, et l'action de ces moyens est encore secondée par des purgatifs et des révulsifs. En même temps l'œil est constamment couvert de compresses imbibées d'un liquide émollient que l'on injecte souvent entre les paupières. Le lendemain nouveaux purgatifs et révulsifs, rarement une autre saignée, plus fréquemment nouvelle application de sangsues. L'inflammation avorte nécessairement. Plus tard les injections astringentes avec sulfate de zinc; ou l'acétate de plomb, la cautérisation avec le nitrate d'argent suffisent pour rendre au malade la vue dont il allait être privé. Ainsi donc, c'est à l'opportunité, à la rapidité, à la hardiesse peut être de son exécution, que le traitement doit tout son succès. La lenteur et la prudence, toujours timides, sont en pareil cas des qualités dangereuses. Il est bon de savoir attendre, mais il est meilleur de savoir agir. Je rapporterai à l'appui de ces réflexions, trois observations d'ophthalmie blennorragique chez l'adulte; réservant pour un autre travail celles qui affectent si souvent les nouveaux-nés, à l'hôpital du midi.

Première observation. — Klein entra à l'hôpital le 4 mai. Il était âgé de 26 ans et atteint d'une urétrite aiguë depuis une semaine, d'un bubon non suppuré à gauche, et d'une ophthalmie blennorragique depuis deux jours seulement. Cette ophthalmie était venue à la suite du contact avec la conjonctive des doigts du malade chargés de la matière de l'écoulement urétral. Un seul œil, le droit, avait été atteint. Les paupières sont très-tuméfiés : si on les écarte pour examiner le dedans de l'œil, on aperçoit une surface d'un rouge vif, uniforme; la cornée est opaque; l'impression de la lumière est très-douloureuse. Le malade éprouve un sentiment de cuisson très-vif; il se plaint d'élancemens répétés dans l'orbite. Les paupières sont baignées dans un liquide purulent abondant.

Le jour même de son entrée, (une saignée du bras, 20 sangsues à la région temporale droite; lavemens purgatifs; bain de pieds sinapisé.)

Le 5 mai, l'œil est encore très-rouge, mais les douleurs vives ont disparu; il n'y a plus d'élancemens. (Vésicatoire à la nuque, lavement purgatif; bain de pieds sinapisé.)

Le 6, presque toute l'inflammation est éteinte. Le malade peut ouvrir les paupières, et l'œil supporte facilement la lumière. Il n'y a plus qu'une sécrétion peu abondante, blanchâtre; et si la conjonctive est encore injectée, c'est un défaut de tonicité des tissus qui retient le sang dans ses vaisseaux. (Un collyre avec 6 grains, et jusqu'à 15 et 20 grains d'acétate de plomb), rend bientôt au malade toute l'intégrité de la vision.

Deuxième observation. — Dechaume, âgé de 19 ans, entra à l'hôpital du Midi le 18 mai. Il avait une urétrite depuis près de deux mois, et une ophthalmie blennorragique à gauche, depuis dix jours. Les paupières sont extrêmement tuméfiées, d'un rouge livide : il y a même de l'érysipèle au pourtour. Un pus épais, verdâtre, s'échappe de leur commissure, et se concrète facilement entre les cils; le malade accuse des élancemens profonds, pongitifs, dans l'orbite gauche; la sensation de la lumière lui est très-pénible : la cornée est enfoncée de près d'une demi-ligne, à cause du gonflement très-grand de la conjonctive, qui forme une sorte de bourrelet, et qui l'étrangle manifestement.

Le 18, séton à la nuque, 20 sangsues à la tempe gauche; bain de pieds sinapisé, lavement et potion purgative; frictions au pourtour de l'orbite avec l'extrait de belladone.

Le 19, nouvelle application de sangsues; continuation des autres moyens.

Le 20, les paupières s'écartent sans douleur. Le chémosis a disparu, ainsi que la rougeur intense de la conjonctive : l'impression du jour n'est plus à craindre.

Le 21, collyre avec 15 et 20 grains d'acétate de plomb; laxatif.

Le 25 mai, l'œil était guéri : il ne restait plus que quelques vaisseaux injectés.

Troisième observation.—Entré le 12 juin, Dufour était atteint d'une ophthalmie blennorragique double qui datait de quatre jours. L'œil droit surtout était dans un danger imminent. Ainsi donc, mêmes symptômes que dans les deux cas précédens; mais de plus, tuméfaction des paupières supérieures beaucoup plus étendue; le malade était vigoureux et jeune (23 ans). Le 13, saignée du bras de deux palettes, 20 sangsues sur la région temporale droite, 10 à gauche; séton à la nuque; bains de pieds sinapisé; purgatif. Du jour au lendemain, le malade éprouva un soulagement très-sensible. Il n'avait pas eu de sommeil depuis cinq nuits : il dormit plusieurs heures, celles qui suivirent la saignée. Le 14, même état. Le 15, l'œil gauche est sauvé; mais l'inflammation ne semble pas avoir abandonné complètement le droit. (15 sangsues de ce côté; purgatif, révulsifs.) Le 16, mieux. Le 17, l'œil gauche est en voie parfaite de guérison; mais à droite, les paupières pouvant être relevées, on aperçoit une ulcération de la cornée, placée à la partie supérieure de cette membrane. L'iris est déformé en haut : la vision est très-obscure et très-douloureuse. Ce jour, il est survenu au malade une hydarthrose de l'articulation du genou gauche, très-aiguë, très-intense, qui a agi au bénéfice de l'inflammation des yeux. De jour en jour l'œil gauche s'affermit dans sa guérison : la cicatrisation de l'ulcère de la cornée s'organise, et la vision, j'espère, ne sera pas perdue entièrement pour l'œil de ce côté. Aujourd'hui 25 juin, le malade va aussi bien que possible. Des collyres astringens termineront le traitement et hâteront la guérison de l'ophthalmie.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERMÉ.

AVRIL. — MAI. — JUIN, 1833.

AFFAIRE D'EMPOISONNEMENT

Portée devant la cour royale de Maine-et-Loire;

Par M. Orfila.

Au mois d'août 1830, les époux Terrier et la veuve Terrier, leur mère, jouissant d'une bonne santé, éprouvèrent de fortes coliques et des nausées, qui furent suivies de violens vomissemens, après avoir mangé de la soupe aux choux. La jeune fille Terrier, leur nièce, qui avait mangé de la même soupe, fut atteinte des mêmes symptômes. Un nommé Chardon, auxquels les époux Terrier fournissaient du bouillon, ressentit à pareille époque les mêmes accidens. Ces symptômes se renouvelèrent avec plus d'intensité, après que les mêmes personnes eurent mangé le reste de la soupe aux choux.

Depuis ces premiers accidens, Terrier et la veuve Terrier, sa mère, ne quittèrent plus leur lit. Terrier mourut au bout de quarante-huit jours, et la veuve Terrier soixante-douze jours après. Quant à la femme Terrier, elle a survécu, après être restée au lit plus de huit mois; mais il en est résulté pour elle une infirmité incurable, qui la rend incapable de se livrer à aucun travail.

Les médecins qui traitèrent les malades ne purent rien affirmer sur les causes et la nature de la maladie; cependant deux d'entre eux pensèrent que la mort était le résultat d'une gastro-entérite. On inhuma les cadavres, et Urbain X. fut appelé à partager la succession. On apprit que cet homme avait acheté, quelques années auparavant, une livre d'arsenic (acide arsénieux).

X. a pour beau-frère et belle-sœur les époux Moreau, serrurier au village de G., commune d'A. Le 24 juillet 1832, il vint chez eux y dîner, et s'entretenant de la qualité de leur blé nouveau, demanda à le voir. La femme Moreau, qui devait boulanger, avait mis de la farine dans sa huche : elle montre cette farine à X., qui en prend dans sa main une poignée, et la rejette peu d'instans après dans la huche en disant que cette farine était plus belle que la sienne. Le 26 du même mois, la femme Moreau fait son *pain;* son mari, son fils, elle-même et plusieurs autres personnes au nombre de treize en mangent; tous sont pris de violentes coliques et de fréquens vomissemens. Si on recommence à manger de ce *pain*, les mêmes effets se renouvellent; dès qu'on s'abstient d'en manger, les accidens cessent. On a fait du pain avec de la farine provenant du même blé et moulu en même temps : il n'a point incommodé ceux qui en ont mangé. A cette époque, la femme Moreau ne se souvient pas qu'il soit entré chez elle d'autre individu que X. Si son fils et elle eussent succombé, X. eût hérité de leur fortune.

Le 2 août 1832, deux experts furent chargés d'analyser le pain dont il s'agit : c'était un beau pain entier, pesant de treize à quatorze livres, de couleur demi-bise, cuit depuis trois ou quatre jours. Sa saveur, sans être désagréable, laissait cependant à la fin un *sentiment d'âcreté particulière qui persistait long-temps*, mais n'avait rien de métallique; on sentait sous les dents, en le mâchant, une quantité très-remarquable de sable, que l'on a retrouvé ensuite dans l'analyse. Les expériences faites avec les réactifs conduisirent les experts à conclure : 1° qu'il n'y avait dans ce pain aucune trace de sel de mercure, d'*arsenic*, de zinc, d'antimoine, etc.; 2° qu'il contenait des atomes de cuivre et de fer, de phosphates de chaux et de magnésie. Toutefois, avant de se prononcer définitivement sur l'absence d'une matière vénéneuse dans ce pain, les deux experts tentèrent l'expérience suivante : un chien de moyenne taille mangea, à neuf heures du matin, trois onces environ de ce pain mêlé à un peu de viande; un quart d'heure après, il vomit sans beaucoup d'efforts. La matière vomie était molle et légèrement écumeuse. Le même essai fut réitéré à trois heures de l'après-midi : il eut le même résultat. Le chien ne paraissait pas beaucoup souffrir. Il fut conservé deux jours, pendant lesquels il mangea avec appétit. Le troisième jour, on lui donna du pain ordinaire

mêlé de viande et d'un peu d'extrait alcoolique du pain soupçonné : il témoigna de la répugnance pour ce mélange; mais pressé par la faim, il en mangea un peu, ce qui développa, à deux reprises différentes, les mêmes symptômes qu'avait occasionés le pain soupçonné empoisonné. Ces divers résultats portèrent les experts à penser que si ce pain ne renfermait aucune substance vénéneuse minérale, il pourrait bien contenir un poison végétal. En conséquence, ils prièrent M. le procureur-général d'avoir recours à d'autres lumières.

Deux chimistes de Paris furent désignés pour procéder à l'analyse, et surtout pour rechercher si le mêts dont il s'agit ne serait pas empoisonné par une substance végétale : il résulta de ce nouveau travail que le pain ne contenait ni *arsenic*, ni aucun autre poison minéral; il ne fut pas question non plus de la présence d'aucune substance végétale vénéneuse : apparemment que ces experts furent détournés de faire des recherches suivies sur ce point, par l'état dans lequel se trouvait le pain, dont l'intérieur était notablement moisi.

Le 22 novembre dernier, je fus chargé par M. le procureur-général de Maine-et-Loire, de faire un nouvel examen du pain soupçonné empoisonné, et j'y découvris une quantité notable d'acide arsénieux. Le procès-verbal qui constatait ce fait parvint à M. le procureur-général de Maine-et-Loire, le 6 décembre 1832, au moment même où M. le substitut portait la parole : on conçoit que cette pièce donna aux débats une face nouvelle. L'accusé X. fut condamné à mort.

Il me paraît important d'établir succinctement les expériences faites pour parvenir au résultat indiqué, et de signaler les causes qui ont induit les quatre experts en erreur.

Après avoir coupé le pain en morceaux, on le traita par l'eau distillée froide; on agita pendant quelque temps, puis on l'abandonna à lui-même pendant vingt-quatre heures, à une température de vingt à vingt-cinq degrés; alors on filtra la liqueur, et on la traita par de l'acide hydro-sulfurique liquide, concentré : dans l'instant même, le liquide *jaunit* sans se troubler sensiblement; on ajouta quelques gouttes d'acide hydrochlorique, dans le dessein de précipiter le sulfure d'arsenic qui aurait pu se former; la liqueur se troubla tellement peu, qu'il eût été difficile de soupçonner ce qui devait arriver plus tard; en effet, au bout *de quelques jours seulement*, il se déposa au fond du vase un précipité *jaune* composé de *sulfure d'arsenic* et de matière organique. Si on n'eût attendu que vingt-quatre ou quarante-huit heures, on n'eût pas obtenu ce précipité : c'est probablement ce qui était arrivé à MM. les experts déjà cités. Nous ne saurions assez le répéter, quand l'acide arsénieux est mélangé avec des matières féculentes, gélatineuses, albumineuses, etc., il peut être tellement retenu qu'il ne se comporte pas, ni à beaucoup près, comme il le ferait dans une dissolution aqueuse. Ainsi, non-seulement le sulfure d'arsenic qu'y fait naître l'acide hydrosulfurique, peut ne se déposer que très-lentement, comme dans l'espèce, mais encore il peut arriver que l'acide hydrosulfurique ne jaunisse même pas la liqueur, quelques minutes après qu'on l'a ajouté.

Quoi qu'il en soit, le précipité de sulfure d'arsenic et de matière organique, séparé par décantation et à l'aide d'une pipette, du liquide qui le surnageait, fut lavé à l'eau distillée à plusieurs reprises, et à chaque fois l'eau de lavage fut décantée au moyen d'une pipette; alors on plaça ce précipité sur un petit filtre, et lorsque toute l'eau fut écoulée, on le lava avec de l'eau très-légèrement ammoniacale, qui jouit de la propriété de dissoudre tout le sulfure d'arsenic, sans agir sensiblement sur les autres matières que pouvait renfermer le précipité. L'eau ammoniacale filtrée, fut jetée de nouveau sur le filtre, à trois ou quatre reprises, afin de dissoudre tout le sulfure d'arsenic que contenait la matière jaune. Alors on plaça la liqueur ammoniacale dans un verre à montre, et on y ajouta un peu de carbonate de potasse et de charbon; on torréfia légèrement le mélange, en tenant le verre à montre à une certaine distance des charbons ardens, et dans le dessein de décomposer le peu de matière animale que pourrait encore contenir le sulfure d'arsenic; puis on pulvérisa dans un mortier de porcelaine le verre à montre, ainsi que le mélange de sulfure d'arsenic, de carbonate de potasse, de charbon, etc.; on plaça la poudre obtenue dans un tube de verre, que l'on effila ensuite à la lampe, et on chauffa au rouge pour extraire l'*arsenic* métallique. *Ce métal ne tarda pas à paraître.*

Je remarquerai : 1° qu'il importe, lorsqu'on agit sur une petite quantité de matière, de calciner la matière suspecte avec le verre à montre pulvérisé, parce que sans cela, il arriverait souvent qu'on ne pourrait pas détacher en entier le sulfure d'arsenic; 2° qu'il ne faudrait pas pousser trop loin la torréfaction, de crainte de volatiliser ou de décomposer le sulfure d'arsenic par la potasse et de voir le métal se perdre dans l'atmosphère sous forme de vapeurs.

En terminant, je crois devoir insister d'une manière toute particulière sur le procédé qu'il faut constamment adopter lorsqu'on cherche à retirer l'arsenic métallique d'atomes de sulfure d'arsenic ou d'acide arsénieux. Il importe, pour éviter qu'une portion du métal réduit ne se dissipe dans l'atmosphère ou ne s'oxide, de tirer l'extrémité supérieure du tube à la lampe, après y avoir introduit le mélange; ensuite il faut porter l'arsenic volatilisé dans la partie la plus effilée du tube, en appliquant le feu plus loin, dans la partie du tube où l'arsenic métallique a été conservé; on conçoit en effet qu'il doit être plus aisé d'apercevoir une très-petite quantité de métal, dans un tube excessivement étroit, que dans un tube large. Si l'arsenic sublimé était en trop petite quantité pour pouvoir être détaché du tube, et que la surface interne de celui-ci fût simplement recouverte d'une légère couche terne-grisâtre, il faudrait plonger au milieu de la flamme de la lampe, la partie du tube de verre où se trouvent les portions ternes; quelques secondes suffiraient pour rendre celles-ci brillantes, et si on voulait alors faire passer le métal à l'état d'acide arsénieux, au lieu de sublimer plusieurs fois, comme l'a proposé Turner, ce qui n'est guère praticable lorsqu'on agit sur des atomes, il suffirait de mettre ce métal au milieu d'un tube assez long, ouvert par les deux bouts, et de chauffer la portion qui contient l'arsenic : l'oxidation ne tarderait pas à avoir lieu. Au reste, l'arsenic métallique serait reconnu : 1° à ses propriétés physiques; 2° à l'odeur d'ail que répand sa vapeur quand on le met sur des charbons ardens; 3° à la faculté qu'il a de se dissoudre dans l'acide nitri-

que, à l'aide de la chaleur, et de fournir, par l'évaporation de la liqueur, une masse blanche, qui, étant dissoute dans l'eau distillée et traitée à chaud dans une fiole, avec de l'acide hydrosulfurique, donne, au bout de quelques instans, un précipité jaune de sulfure d'arsenic, soluble dans l'ammoniaque, qui le décolore.

QUESTION

Relative à la simulation des blessures.

Affaire de M. Tardif.

M. Tardif rend compte de la manière suivante de ce qui lui est arrivé dans la nuit du 26 au 27 décembre dernier :

« Je suis rentré à dix heures un quart ou dix heures et demie, je me suis couché, j'ai lu dans mon lit jusqu'à une heure assez avancée, puis je me suis endormi.

« Eveillé par un bruit, *je ne sais à quelle heure de la nuit*, je me lève sur mon séant et crie : « Qui est là? » Profond silence... un quart d'heure environ s'écoule, je n'entends plus rien. Je me dispose à me rendormir, croyant m'être trompé, lorsqu'un nouveau bruit se fait entendre une seconde fois; alors je crie : « Qui est là? » Nulle réponse, mais presque aussitôt je me sens saisir par deux mains qui, s'appuyant sur mes deux épaules, m'étendent sur mon lit; je reçois un violent coup à la tête, sans que je puisse déterminer avec quel corps on me frappe, je suis étourdi, et ce n'est plus que confusément que je me rappelle avoir senti des coups à la poitrine. Tout cela se passe dans la plus profonde obscurité. J'étais complètement évanoui; je ne puis dire ce qui s'est passé alors, je ne puis pas davantage fixer la durée de cet évanouissement. Peu à peu, cependant, je recouvrais mes sens, j'étais étendu sur mon lit presque nu et glacé; mes forces revenant, je vis le jour commencer à poindre; alors je me levai et montai au cinquième étage pour avertir ma domestique; je lui racontai l'assassinat dont j'avais été victime. En passant dans mon cabinet, j'avais trouvé mon secrétaire ouvert; je le refermai, après avoir reconnu un vol de 5 à 600 francs. Ma domestique alla sur-le-champ chercher M. le docteur Breschet, rue de Seine; je lui fis le même récit qu'à ma domestique, et ce récit je l'ai répété à toutes les personnes qui m'ont visité. »

A cette occasion M. Breschet a rédigé le rapport qu'on va lire.

Rapport de M. le docteur Breschet.

Je soussigné, docteur en médecine, chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, et consultant du roi, membre titulaire de l'Académie royale de médecine, officier de l'ordre royal de la Légion-d'Honneur, etc., certifie avoir été appelé le 27 décembre dernier, à huit heures du matin, pour aller donner des soins à M. Tardif, substitut de M. le procureur-général, demeurant rue des Beaux-Arts, n° 3.

Je m'empressai de me rendre aussitôt chez M. Tardif et j'appris, soit par plusieurs personnes de la maison, soit par la domestique de M. Tardif et par M. Tardif lui-même, qu'il avait été assassiné pendant la nuit.

J'arrivai près du malade en traversant la salle à manger et le corridor qui va de cette pièce dans la chambre à coucher. Je trouvai M. Tardif couché dans son lit, et il me raconta, avec l'expression de la douleur, ce qui lui était arrivé pendant la nuit.

L'état de M. Tardif était celui d'un homme souffrant, affaissé, mais calme, sans aucune espèce d'excitation, et je retrouvai dans ses paroles l'accent de la vérité que je lui ai toujours connu. Il me dit souffrir de la tête et y ressentir une grande pesanteur. La figure était pâle, les yeux avaient l'expression de la tristesse, la peau de tout le corps était froide et le pouls petit et concentré. Il n'y avait ni trouble, ni exaltation dans les idées.

Il me déclara qu'indépendamment des douleurs de tête, il en éprouvait d'autres qui étaient à la poitrine, et résultant de plusieurs blessures faites pendant la nuit, par les personnes qui avaient voulu l'assassiner et qui avaient pris dans son secrétaire la somme de 5 ou 600 francs.

Je comptai sur le côté droit du thorax, entre la clavicule et les fausses côtes, transversalement, depuis le côté droit jusqu'à la ligne médiane du corps, dix-huit ou vingt de ces plaies superficielles, dont la direction était de droite à gauche ou vers la ligne médiane du corps, et un peu de bas en haut; presque toutes étaient parallèles. La plus étendue de ces plaies avait quinze ou seize lignes d'étendue, et les plus petites, qui formaient le plus grand nombre de ces blessures, n'avaient que quelques lignes. La manière dont ces plaies étaient faites indiquait que la cause vulnérante avait dû agir de droite à gauche, c'est-à-dire que l'instrument avait d'abord été placé à droite, puis ramené, par la traction, vers l'axe médian du corps.

En effet, l'extrémité droite ou la partie la plus profonde de ces solutions de continuité était à droite, et successivement on voyait les blessures se terminer par une queue qui intéressait à peine la couche la plus superficielle de la peau.

La plupart de ces plaies n'avaient divisé qu'incomplètement le tissu cutané, et la plus profonde n'allait pas au-delà de l'épaisseur de la peau. Ces plaies avaient manifestement été produites par un instrument tranchant, et l'absence de piqûre ou de contusion sur les bords de ces plaies, indiquait que ce devait être un instrument tranchant.

Je n'ai reconnu aucune trace bien manifeste de contusion ou d'autres violences sur la figure et sur les tégumens du crâne.

Le bras gauche portait, dans deux points différens, des solutions de continuité superficielles, l'une vers la partie moyenne de la face dorsale de l'avant-bras. Cette plaie, à peu près transversale, avait environ douze à quinze lignes d'étendue. Elle n'intéressait pas toute l'épaisseur de la peau, mais elle paraissait avoir été faite par le même instrument vulnérant que celui qui avait produit les plaies de la poitrine.

L'autre plaie était aussi à l'avant-bras, mais à la partie inférieure de sa face palmaire, à peu de distance de l'articulation du poignet. Elle était très-superficielle, fort peu étendue, mais récente, comme toutes les autres blessures dont je viens de faire l'énumération.

La peau dans le voisinage des plaies n'était pas tachée de sang, ce qui indiquait que l'écoulement de ce fluide avait été peu abondant, et le peu de profondeur des plaies donnait une raison suffisante de ce phénomène. J'ai examiné avec soin si le sang avait été étanché, si des linges ou des éponges avaient été promenés sur les plaies pour enlever le sang, et rien ne m'a démontré que ce soin avait été pris.

Le drap du lit, les couvertures, le traversin n'offraient aucune tache de sang, mais il n'en était pas de même de la chemise.

M. Tardif n'était couvert dans son lit que par une chemise de toile de lin, déjà très-usée; il n'avait pas de gilet de flanelle sur la peau, ni aucun vêtement par-dessus sa chemise, qui n'était pas fixée au col par un bouton, ni retenue par une cravate.

Cette chemise, peu ample, devait, dans les mouvemens du corps, laisser une partie de la poitrine à nu. Ce vêtement portait, sur la partie gauche, dix à douze solutions de continuité, manifestement faites par un instrument tranchant et très-coupant, car les bords étaient nettement divisés et sans offrir aucune frange. La direction et la situation des coupures de la chemise étaient analogues à celles de la poitrine. Principalement occupé à donner des soins au malade, j'avais remis à un autre moment de faire la comparaison de ces divisions de la chemise avec les plaies; et plus tard, M. le commissaire de police ayant emporté ce vêtement, ce rapprochement n'a pas été fait; mais j'avais reconnu l'analogie de direction, ce qui serait facile à vérifier. Une douzaine de taches de sang, de la grandeur tout au plus d'un centime, se voyaient sur le côté droit et antérieur de la chemise. Sur un des points de la circonférence de l'une de ces taches de sang, on apercevait deux lignes rouges ou traînées de sang qui étaient évidemment l'empreinte d'une des plaies de la poitrine.

Après avoir examiné avec grand soin et à plusieurs reprises les blessures de M. Tardif, après avoir mûrement réfléchi à toutes les circonstances de l'événement dont M. Tardif m'a fait le récit, et à tout ce que mes sens et mon expérience dans un grand hôpital m'ont depuis long-temps appris, j'ai acquis une conviction que je vais, dans toute la candeur de mon âme et dans l'intérêt de la vérité, faire connaître sans réserve.

Je porte à M. Tardif un intérêt vif et profond; cet intérêt est le résultat de la connaissance que j'ai de son caractère, de la noblesse de ses sentimens et de l'estime que depuis long-temps je lui ai accordée. J'ai toujours trouvé dans ses habitudes, ses expressions et son récit, une couleur de vérité qui appartient à l'honnête homme, et mes rapports, déjà anciens avec ce magistrat, me l'ont toujours fait juger comme digne de la considération générale. Dans les premiers momens de l'événement, des circonstances pouvaient paraître difficiles à s'expliquer, et je l'ai avoué. La réflexion et un nouvel examen de toutes les particularités de cet événement ont amené dans mon esprit une lumière que je désire pouvoir transmettre à tous ceux qui pourraient encore avoir des doutes.

M. le juge d'instruction m'a adressé une série de questions auxquelles je crois avoir répondu d'une manière claire et satisfaisante; pour dissiper toute incertitude, je vais reproduire quelques-unes de ces questions, afin de porter sur cet événement tout le jour que peuvent lui fournir mes connaissances médico-légales.

1° Quelle était la position du malfaiteur?

D'après la direction des plaies, d'après leur situation au côté droit et antérieur de la poitrine et d'après la profondeur plus grande de ces plaies à leur extrémité droite, le malfaiteur devait être placé au côté gauche du malade, entre le lit et la cheminée.

2° Les blessures ont-elles été faites M. Tardif étant nu ou couvert de sa chemise?

Tout porte à penser que les blessures ont été faites, M. Tardif étant couché dans son lit et vêtu de sa chemise. La situation des solutions de continuité de la chemise, leur direction, etc., indiquent suffisamment que les plaies de la peau et les coupures du linge n'ont pas été produites séparément et dans des temps distincts.

3° Pourquoi les coupures de la chemise sont-elles en général moins longues que les plaies de la peau?

Nous admettons que l'instrument était de la nature de ceux qu'on nomme *tranchans* et *très-tranchans*. Dans le premier temps de la production de la blessure, il y a pression et traction, le linge comprimé entre la peau et l'instrument a dû être divisé, mais dans le second temps la pression étant moins forte, l'instrument, toujours engagé dans la division de la chemise et dans la peau, a seulement chassé le linge devant lui sans avoir besoin de le diviser. Ce déplacement du linge par l'instrument vulnérant était d'autant plus facile que la chemise n'était retenue par aucun vêtement, pas même par une cravate. Cette circonstance du mode de division de la chemise sert aussi à démontrer que M. Tardif devait être couché dans son lit.

4° Comment peut-on expliquer que l'assassin se soit borné à faire des blessures aussi légères et aussi superficielles?

L'événement a dû se passer pendant la nuit, la chambre n'étant pas éclairée; il a été difficile au meurtrier de juger des coups qu'il portait, du lieu sur lequel il les dirigeait, et de la gravité des blessures. L'assassin pouvait ne pas être consommé dans le crime; et la main du crime est, heureusement pour la société, très-souvent tremblante et mal assurée. L'évanouissement dans lequel est tombé M. Tardif a pu faire croire au meurtrier que sa victime était frappée mortellement.

5° Peut-on croire que des blessures aussi légères et aussi superficielles, sans HÉMORRAGIE, c'est-à-dire sans écoulement abondant de sang, aient pu produire un évanouissement et surtout un évanouissement aussi prolongé que celui qui paraît avoir existé?

La syncope peut résulter de beaucoup d'autres causes que de la gravité des blessures ou de l'écou-

ment du sang. La commotion morale éprouvée par le blessé qui est inopinément attaqué dans son lit, par des assassins, est plus que suffisante pour produire une longue syncope. Nous voyons tous les jours une simple frayeur produire cet effet; nous voyons tous les jours la simple vue d'une lancette déterminer sur la personne qu'on va saigner une lipothymie, avant que la piqûre de la veine ait été faite, ou immédiatement après cette piqûre, et sans qu'il y ait encore d'écoulement de sang.

Mais M. Tardif a déclaré avoir reçu des coups à la tête, et tous les coups portés sur cette région ne laissent pas de traces de contusions ou d'autres signes de violence. Une secousse brusque imprimée à la tête, un soufflet, un coup donné sur le crâne, avec force, par le plat de la main, ont souvent déterminé une commotion du cerveau, dont un des effets immédiats est la perte de connaissance. Je connais une observation d'une commotion mortelle du cerveau, produite par la chute, sur la tête, d'une botte de foin : il n'existait à l'extérieur aucune trace de violence.

6° La syncope pouvait-elle durer plusieurs heures?

Si elle ne dépendait que de l'effroi, elle devrait être moins longue que s'il y avait eu commotion du cerveau. La douleur de tête accusée par le malade, lors de mon arrivée près de lui, et la persistance de cette douleur pendant plusieurs jours, semblent autoriser à penser que le cerveau a éprouvé un *ébranlement physique*.

7° Peut-on expliquer l'absence de contusions, d'ecchymoses, ou d'autres traces de violence sur les bords des plaies ou dans le voisinage de ces solutions de continuité?

Sans doute, et très-bien, puisque les plaies ont été faites par un instrument tranchant, un rasoir, par exemple. Si ces traces de violence existaient, elles appartiendraient à d'autres causes qu'à l'action d'un instrument tranchant.

8° Les blessures de la peau correspondent-elles aux coupures de la chemise?

C'est une chose à vérifier, et il est étonnant que cet examen ait été négligé. Comment se fait-il qu'on ait dit que cette correspondance n'existait pas, lorsqu'on déclare que l'application de la chemise sur le corps du blessé n'a pas été faite (1)?

J'ai expliqué pourquoi je n'avais pas pu faire cet examen : mais la situation des coupures et leur direction m'indiquent suffisamment qu'il devait y avoir *parallélisme* entre les plaies de la peau et les sections du linge. Si ces coupures de la chemise sont moins multipliées que les plaies, c'est que le vêtement ne couvrait pas la poitrine dans toute son étendue; la chemise étant petite, étroite, n'étant retenue ni par la cravate ni par aucun autre lien, devait laisser une partie de la poitrine à découvert.

9° Comment peut-on expliquer l'absence de sang sur les coupures de la chemise, si ces coupures correspondent aux plaies?

Rien n'est plus facile que la réponse à faire, et je l'ai donnée dans ma déclaration devant M. le juge d'instruction. Physiologiquement parlant, un instrument très-tranchant, comme un rasoir qui a agi perpendiculairement au tissu, et qui ne l'a intéressé que dans une très-petite profondeur, peut n'être pas chargé de sang; car il y a un intervalle (très-court) entre la solution de continuité et l'écoulement du sang.

10° Comment se fait-il qu'on ne voie aucune tache de graisse ou de suc graisseux sur la chemise, et particulièrement sur les bords des divisions faites par l'instrument vulnérant?

La graisse n'appartient pas à la peau, elle se trouve au-dessous de cette enveloppe, et comme la peau n'a pas été divisée dans toute son épaisseur, l'instrument vulnérant ne pouvait pas se charger de graisse ou de toute autre matière analogue.

11° Les blessures ont-elles pu produire l'écoulement d'une plus grande quantité de sang que celle qui est sur la chemise?

La peau seule a été divisée, et elle ne l'a pas été dans toute son épaisseur. Cette enveloppe générale du corps ne reçoit que des vaisseaux capillaires, et ce réseau capillaire n'est bien remarquable qu'à la face, tandis qu'à la poitrine ces vaisseaux sont moins multipliés. C'est dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'on trouve des vaisseaux d'un calibre supérieur à ceux de la peau, et qui pourraient, par leur lésion, produire une effusion de sang plus ou moins abondante. Dans le cas présent ces vaisseaux n'ont pas été intéressés. Nous pourrions encore expliquer par la syncope la petite quantité de sang fournie par les plaies. On sait que la peur, l'effroi, et la syncope qui en est souvent l'effet, sont accompagnés de la pâleur de la peau, c'est-à-dire qu'alors le sang abandonne la périphérie du corps, pour se porter vers l'intérieur.

12° Comment des coups portés sur la poitrine n'ont-ils pas produit des blessures plus graves, dont l'effet nécessaire aurait été la mort?

Les plaies n'ont pas été plus profondes et plus graves, parce que le meurtrier ne pouvait discerner où il portait ses coups et comment il les portait; parce que la direction transversale des incisions, et surtout la direction oblique de bas en haut, indique que l'instrument n'aurait pas pu diviser les parois de la poitrine dans toute leur épaisseur, et les plaies n'auraient pu être *pénétrantes*, car cette direction est contraire à celle des côtes, qui sont obliques de haut en bas. Ainsi lors même que la main du meurtrier, armé d'un instrument tranchant, n'aurait pas trouvé d'ob-

(1) Cette application a été faite depuis, en notre présence, et le parallélisme entre les plaies et les trois principales sections de la chemise a été reconnu; le rapport des autres incisions est moins parfait, mais on s'est accordé à reconnaître que la mobilité du linge expliquait aisément cette différence.

stacle, et lors même qu'elle aurait divisé toute l'épaisseur des parties molles extérieures des parois du thorax, elle n'aurait pas pu produire, ou que très-difficilement, une plaie pénétrante, *et l'action de cette main paraît avoir été gênée.*

13° La main du meurtrier a-t-elle éprouvé des obstacles dans son action?

Oui, et nous en avons la preuve dans *les deux blessures du bras gauche de M. Tardif.* La plaie de la face dorsale de l'avant-bras gauche ressemble, par sa nature et sa direction transversale, à celles de la poitrine. Il paraît évident qu'elle a été faite et par la même main, et par le même instrument que ceux qui ont fait les plaies de la poitrine. *Le blessé a donc cherché à résister à la main qui voulait l'assassiner.* Cette circonstance est de la plus haute importance, elle doit dissiper bien des doutes et bien des incertitudes. Je n'avais pas pu répondre à une des questions de M. le juge d'instruction, parce que je n'avais plus présente à l'esprit cette blessure du bras gauche, blessure dont les médecins doivent avoir fait mention dans leur rapport.

14° Les blessures de M. Tardif ont-elles été faites par lui-même?

L'examen de toutes les circonstances de cette affaire démontre que M. Tardif ne peut être l'auteur des blessures, 1° parce que, d'après la situation et la direction des plaies, c'est la main gauche qui devrait avoir été armée de l'instrument, et les plaies de l'avant-bras gauche démontrent que ce membre a cherché à protéger M. Tardif, et qu'en parant les coups, il a reçu une blessure en tout semblable à celles de la poitrine; 2° quant au bras droit, il n'est pas naturel de soupçonner qu'il était armé d'un instrument vulnérant, et nous avons, au commencement de ce rapport, cherché à démontrer que le meurtrier, ou la main armée de l'instrument, était à la gauche de M. Tardif, entre le lit et la cheminée.

Toutes ces considérations me conduisent naturellement à conclure qu'il n'y a pas eu *suicide*, *tentative de suicide* ou *simulation de suicide* dans cette affaire, et que M. Tardif a été *blessé par d'autres mains* que par les siennes. IL Y A DONC EU ASSASSINAT.

L'opinion émise par l'un des médecins-rapporteurs *que ce n'est pas un assassin qui a dû faire ces blessures, parce que leur peu de gravité, leur situation, leur direction*, L'ART EN QUELQUE SORTE AVEC LEQUEL ELLES ONT ÉTÉ FAITES, *annoncent que de la part d'un assassin autant de précaution n'aurait pas été prise, attendu qu'un assassin veut tuer, et qu'il n'y avait rien de plus facile que de porter un coup mortel à M. Tardif, qui était couché dans son lit, et qui, suivant lui, avait perdu connaissance*, cette opinion croule dans son entier d'après les raisons que j'ai alléguées, et qui sont toutes basées sur des faits, sur des notions rigoureuses, d'anatomie, de physiologie et de chirurgie pratique, tandis que l'opinion que nous venons de rapporter n'est qu'une supposition à laquelle le simple examen ôte toute vraisemblance.

Voilà quelle est ma profonde et intime conviction, et j'ose espérer qu'un nouvel examen des circonstances de cette affaire ramènera les médecins dont l'opinion peut offrir quelque dissidence avec la mienne, parce la difficulté d'expliquer quelques particularités leur a fait quitter l'observation des faits, seul guide certain, pour entrer dans le champ des conjectures, ce que doit s'interdire tout médecin-légiste.

G. BRESCHET, D.-M. P.

Paris, ce 6 janvier 1833.

AFFAIRE DE MONOMANIE HOMICIDE :

Condamnation.

Une question très-importante, relative à la médecine légale des aliénés, vient d'être portée devant la cour d'assises de Lyon. Il s'agit d'un parricide et de trois homicides commis par une jeune femme d'un caractère doux et de mœurs jusqu'alors irréprochables. La défense s'est efforcée de prouver que ces actes étaient le résultat d'une maladie, qu'ils avaient tous les caractères attribués par les médecins à la monomanie homicide. Le jury, regardant les faits allégues par le défenseur seulement comme des circonstances atténuantes, a prononcé que l'accusée était coupable. En conséquence de cette décision, l'accusée a été condamnée à dix ans de travaux forcés et aux frais de la procédure.

Je vais examiner l'acte d'accusation, les interrogatoires, les moyens employés pour la défense, enfin les motifs de la condamnation. Je sais ce qu'on doit de respect à la chose jugée, mais je sais aussi que les hommes sont sujets à erreur, et je veux contribuer, autant que je pourrai, à démontrer que l'accusée n'était pas coupable et à empêcher qu'une condamnation, selon moi, non motivée, ne serve de précédent pour des cas analogues qui se présenteraient à l'avenir.

Acte d'accusation.

Le procureur-général près la cour royale de Lyon expose que, par arrêt rendu par ladite cour, chambre des mises en accusation, en date de 7 août courant, la nommée Jeanne Desroches, femme Corget, âgée de vingt-huit ans, née à Poully-le-Monéal, canton d'Anse, arrondissement de Villefranche, département du Rhône, demeurant à Pommiers, même canton, prévenue de parricide et d'assassinats, sur la plainte du ministère public, a été renvoyée en état d'accusation par-devant la cour d'assises du département du Rhône, pour y être jugée sur les faits suivans.

La veuve Desroches, de la commune de Poully-le-Monéal, avait deux filles (1); l'une d'elles a épousé le nommé, Champart dont elle a eu deux enfans; l'autre, Jeanne Desroches, s'est mariée dans le commencement du mois de juin dernier. Tous les membres de cette famille et Jeanne Desroches elle-même jouissaient d'une bonne réputation.

Jeanne Desroches, devenue femme Corget, est allée demeurer en la commune de Pommiers, lieu du domicile de son mari, éloigné de Poully-le-Monéal d'environ une lieue. Il paraît que les deux époux ont vécu dans la meilleure intelligence, pendant le peu de jours qu'ils ont passés ensemble.

(1) Erreur : elle en avait trois.

Le mardi 19 juin dernier, Corget se leva de très-grand matin pour se livrer à son travail ; Jeanne Desroches, sa femme, se leva aussi, et lui annonça qu'elle voulait aller à Poully-le-Monéal voir sa famille: il ne s'y opposa pas. Jeanne Desroches partit, emportant un couteau qui devait bientôt devenir dans ses mains un instrument de mort.

Entre les communes de Pommiers et de Polly-le-Monéal, est la maison habitée par les mariés Champart et Desroches. Ceux-ci n'étaient pas chez eux, il n'y restait que leurs enfans en bas âge et une vieille femme, mère du mari ; les deux enfans étaient couchés dans la même chambre, leur aïeule était couchée dans une chambre voisine. Jeanne Desroches entre dans la chambre des enfans et frappe l'un d'eux, Claudine Champart, sa nièce, âgée de deux ans, d'un coup de couteau dans la partie inférieure du cou. Cette enfant ne pousse qu'un seul cri, qui est suivi d'une prompte mort. A ce cri sa grand'mère accourt ; elle trouve la jeune Claudine expirante et baignée dans son sang. Jeanne Desroches avait pris la fuite.

Après avoir commis ce premier crime, Jeanne Desroches se rend directement à la demeure de sa mère : elle la trouve dans son écurie, occupée à mettre en état de service deux petites pioches. *Bonjour*, lui dit elle : *bonjour*, repond la mère, *tu es bien matinale* S'il faut en croire Jeanne Desroches, leur conversation ne fut pas poussée plus loin : aussitôt elle saisit sa malheureuse mère, la renverse à terre, la frappe de son couteau, puis s'armant de l'une des deux pioches qui sont près d'ells, elle l'en frappe sur la tête avec une telle violence que plus tard quand on a visité le cadavre, on a trouvé les os de la tête brisés, quelques-uns d'entre eux complètement détachés et épars, et le cerveau presque entièrement broyé.

Jeanne Desroches monte ensuite dans une chambre placée au premier étage de la maison, met en pièces des bouteilles, un mortier de bois, une lampe, plusieurs livres contenant des prières ou des instructions religieuses; elle recherche les robes et les hardes de sa sœur, les déchire et en entasse les débris au milieu de la chambre.

Comme elle a avoué que c'est un sentiment de jalousie contre sa sœur, et de haine contre sa mère qui a armé son bras parricide, il semble que sa vengeance devait être assouvie ; mais poussée au crime par le crime même, elle devait faire de nouvelles victimes. Elle se rend chez Claudine Brondel, veuve Georges, voisine de sa mère, monte un escalier de bois très-rapide, arrive à la porte de la chambre dans laquelle était la veuve Georges, annonce qu'elle veut lui parler : celle-ci s'approche, et la voyant couverte de sang, elle lui dit : « A quoi ressembles-tu donc! » Aussitôt Jeanne Desroches se précipite sur elle, la frappe de son couteau à la tête et au cou. La veuve Georges, en cherchant à défendre sa vie, reçoit encore aux doigts plusieurs blessures que produit l'instrument tranchant qu'elle veut éviter ; Jeanne Desroches, pour terminer plus promptement la lutte, la précipite au bas de l'escalier et prend la fuite.

Trois jours après, la veuve Georges est morte des suites de ses blessures.

En sortant de la maison de la veuve Georges, Jeanne Desroches alla dans celle de la femme Dorneron, qui demeure aussi à Poully-le-Monéal. Cette femme était dans une chambre avec son fils âgé de sept ans. De la porte, Jeanne Desroches lui dit : « On crie dans la rue, venez donc voir. » La femme Dorneron sort la chambre pour aller dans une chambre voisine dont la fenêtre donne sur la rue ; Jeanne Desroches se glisse aussitot dans la chambre que celle-ci vient de quitter, s'élance sur l'enfant Dorneron, et avec son couteau lui fait au cou deux blessures, dont l'une, large et profonde, pénètre jusqu'à la moelle épinière et détermine une hémorragie abondante et mortelle.

Aux cris de l'enfant, la femme Dorneron était revenue sur ses pas ; mais il était trop tard, son enfant avait cessé de vivre. Jeanne Desroches, qui venait de tuer l'enfant, veut encore attenter à la vie de la mère. Jusque-là elle n'avait attaqué que des femmes d'un âge avancé ou des enfans, elle éprouve de la part de la femme Dorneron, qui n'est âgée que de trente ans, une résistance plus sérieuse. En vain elle lui fait au cou avec son couteau une blessure légère; en vain elle lui fait aux doigts plusieurs morsures, celle-ci se défend avec une telle vigueur que, voyant qu'elle ne pouvait venir à bout de la terrasser, Jeanne Desroches se retire et s'enfuit dans la maison de sa mère ; elle entre dans la cave. Là elle pense à cacher le couteau qui vient de servir à commettre tant de crimes, elle enlève le bouchon qui ferme l'ouverture supérieure d'un tonneau, et fait passer le couteau par cette ouverture. Un nouveau désir de vengeance vient l'animer encore : elle arrache une petite cheville de bois qui tenait le tonneau bouché par le bas, et elle donne ainsi méchamment un libre cours au vin qui se répand dans la cave.

Mais le moment où tant d'horreurs devaient enfin avoir un terme était arrivé. La femme Dorneron avait vu Jeanne Desroches entrer dans la cave de la maison de sa mère, elle réclame à grands cris les secours de ses voisins ; des hommes, des femmes surviennent, la maison dans laquelle Jeanne Desroches se cache est entourée, et quand elle tente d'en sortir et de prendre la fuite, elle est arrêtée.

Le maire de la commune, le juge de paix d'Anse, accompagné d'un médecin, le procureur du roi de Villefranche, accompagné aussi d'un médecin, des gendarmes se rendent sur les lieux. Un procès-verbal est dressé et toutes les formalités prescrites par la loi sont remplies.

Le procureur du roi interroge Jeanne Desroches, en présence des deux médecins, car il s'agissait moins de constater la culpabilité trop évidente que de reconnaître quel était l'état mental d'une femme qui s'était livrée à des crimes si atroces que leur atrocité même inspirait des craintes sur sa raison. Les médecins ont déclaré que son pouls vibrait fortement; mais ce fut là le seul signe d'agitation qu'on reconnut en elle, car du reste ses réponses furent claires, et sa mémoire fidèle. Elle avoua tous ses crimes (elle n'aurait pu les nier), elle avoua qu'elle était allée de Pommiers à Poully, avec l'intention de donner la mort à sa mère; mais elle dit qu'elle n'avait pas d'abord le projet de faire un aussi grand nombre de victimes. Elle donna à ses crimes deux motifs : « sa mère avait toujours mieux aimé sa sœur qu'elle, elle voulait s'en venger : ayant toujours lu beaucoup de livres de prières, elle craignait d'être damnée, et cette pensée la tourmentait. » Les médecins ne trouvèrent ni dans ses dehors physiques ni dans ses réponses des preuves d'aliénation mentale, et déclarèrent qu'il convenait de faire sur elle une étude plus longue et plus approfondie.

Elle a été interrogée depuis par le juge d'instruc-

tion; ses réponses ont été dans ce second interrogatoire un peu plus incohérentes; elle est même tombée une fois dans l'absurde, car elle a prétendu que c'est un BOUGEMENT qu'elle ressentait DANS L'ÉPAULE, qui a causé tous ses crimes. Mais on comprend que ce désordre passager des idées a pu être l'effet d'un calcul ou de quelques conseils. La justice qui n'a voulu négliger aucune mesure propre à dévoiler la vérité, a chargé trois médecins de Villefranche de la visiter souvent dans sa prison et de faire un rapport sur son état; ils ont déclaré en termes un peu dubitatifs que « la mélancolie habituelle de Jeanne Desroches a pu réagir sur le cerveau, amener un trouble dans les fonctions intellectuelles, et lui faire croire qu'elle était damnée, ce qui caractériserait la monomanie religieuse, ou la démonomanie, et la pousser aux actes qu'elle a commis, ce qui formerait une autre espèce de monomanie. »

On a si souvent tenté d'abuser du mot de monomanie devant les cours d'assises qu'il importe de bien fixer le caractère de celle dont il s'agit, si tant est qu'il y ait ici monomanie.

L'agitation d'esprit qu'a pu éprouver Jeanne Desroches, n'a été causée evidemment que par un de ces scrupules ou par quelques-unes de ces inquiétudes vagues sur une vie future, qui se placent quelquefois dans la tête des personnes livrées à une grande dévotion : on en voit ainsi souvent dans le monde, et jamais on n'a eu la pensée de les regarder comme atteintes de démence, au point de devenir excusables, si, poussées par un desir de vengeance, elles se livraient à quelques crimes.

Jusqu'au 19 juin, Jeanne Desroches a eu toutes les craintes sur un autre vie qu'elle a pu avoir alors, elle n'avait point commis de crimes. Mais le 19 juin sa jalousie contre sa sœur lui a fait, de son propre aveu, concevoir des desirs de vengeance, elle s'y est livrée; sa vengeance a été cruelle, et une fois excitée par la vue du sang, elle a cherché encore du sang; mais rien ne peut la rendre excusable : les craintes d'un esprit timoré ne sont pas de la démence, elles ne sauraient être surtout cette démence complète, cette démence véritable que l'article 64 du Code pénal admet seule pour excuse. Que deviendrait la sûreté des personnes promise par la loi, si des craintes chimériques pouvaient suffire pour assurer l'impunité de crimes si énormes qu'ils ont soulevé l'indignation de toute une contrée, en même temps qu'ils en causaient l'effroi? Tout au plus l'état d'esprit dans lequel on prétend qu'a pu se trouver Jeanne Desroches, pourrait-il être considéré comme une circonstance atténuante qui lui laisserait la vie sauve et mettrait, par une réclusion à vie, la société à l'abri de ses atteintes pour l'avenir.

En conséquence, Jeanne Desroches, femme Corget, est accusée de s'être rendue coupable dans la matinée du 19 juin dernier :

1° D'homicide volontaire sur la personne de Claudine Champart, sa nièce, âgée d'environ deux ans;

2° D'homicide volontaire sur la personne de la veuve Desroches;

3° D'homicide volontaire sur la personne de la veuve Georges;

4° Enfin d'homicide volontaire sur la personne du nommé Dorneron, âgé d'environ sept ans;

Avec la circonstance que tous ces crimes ont été commis avec préméditation, et avec la circonstance, par rapport au crime énoncé sous le n° 2 ci-dessus, qu'il a été commis par la femme Corget, sur la personne de sa mère légitime.

Ce qui constitue les crimes d'assassinat et de parricide, prévus par les articles 295, 296, 299, 302 et 13 du Code pénal.

Fait à Lyon, au parquet de la cour, le huit août mil huit cent trent-deux.

Signé : DUPLAN.

De cet acte d'accusation il résulte que, spontanément, Jeanne Desroches est entrée dans la chambre où couchait sa nièce, âgée de deux ans, qu'elle a tué cet enfant, et qu'aux cris de la grand'mère elle a pris la fuite;

Qu'elle est allée trouver sa mère dans une écurie, qu'elle l'a tuée et lui a brisé la tête;

Qu'elle est ensuite montée dans une chambre, où elle a mis en pièces des bouteilles, un mortier de bois, une lampe, des livres contenant des prières et des instructions religieuses, qu'elle a déchiré des robes et des hardes appartenant à sa sœur, et qu'elle en a entassé les débris au milieu de la chambre;

Qu'elle a assailli la veuve Georges, et lui a fait des blessures mortelles;

Qu'elle a tué un enfant dont elle avait éloigné la mère, et que celle-ci n'a dû son propre salut qu'à une défense vigoureuse;

Qu'elle s'est ensuite sauvée dans une cave, qu'elle a débouché un tonneau et répandu le vin qu'il contenait;

Enfin, que tous les homicides commis par elle, ont été exécutés à l'aide d'un couteau qu'elle avait apporté de sa maison; qu'elle a cherché ensuite à cacher ce couteau dans le tonneau dont elle a ensuite laissé perdre le vin.

Tels sont les faits principaux qui servent de base à l'accusation. Leur ensemble, à-la-fois horrible et bizarre, fait sentir le besoin de rechercher quel est l'état mental de l'accusée. Où trouver la cause de tant d'homicides? Que signifient ces objets brisés, ces livres déchirés, ce vin répandu? L'acte d'accusation prépare ma réponse. Voyons cependant, avant de la faire, ce qui résulte des interrogatoires.

Premier interrogatoire.

D. Êtes-vous venue avec l'intention de commettre les crimes que vous avez commis?

R. Oui, monsieur.

D. Vous avez tué la petite Champart, votre nièce?

R. Oui, monsieur.

D. Vous avez tué le fils Dorneron aussi?

R. Oui, monsieur.

D. Vous avez frappé aussi, avec un couteau, la femme Dorneron et la veuve Georges?

R. Oui, monsieur. Je ne me rappelle pas bien tout ce que j'ai fait, mais je me souviens que j'ai jeté la mère Georges dans l'escalier.

D. Vous avez tué votre mère?

R. Oui, monsieur.

D. Parmi les personnes que vous avez tuées, quelle est celle que vous avez tuée la première?

R. C'est ma nièce.

D. Quelles sont celles que vous avez tuées ensuite?

R. Ensuite c'est ma mère, puis la veuve Georges, et enfin le fils Dorneron.

D. Pourquoi avez-vous tué ces personnes-là?

R. Parce que j'étais trop tourmentée.

D. Mais pourquoi les avez-vous choisies plutôt que d'autres?

R. J'ai tué ma nièce parce qu'elle s'est trouvée la première sur mon chemin, et ma mère parce qu'elle m'a trop laissé à l'oisiveté.

D. Et la femme Dorneron et son fils, qu'aviez-vous contre eux?

R. Rien. Quand je suis partie de Pommiers, je ne pensais pas tuer tant de monde; je n'avais d'intention que sur ma mère.

D. Il faut expliquer pourquoi vous aviez tant de haine contre votre mère.

R. Elle aimait mieux ma sœur que moi; le dimanche elle m'envoyait aux champs, j'étais dans l'oisiveté; je lisais des prières qui m'ont tourmentée; je croyais perdre Dieu; je ne dormais pas et je faisais des rêves dans lesquels je croyais voir toutes sortes de bêtes.

D. Et les cris ne vous ont-ils pas touchée?

R. Non, monsieur, cela ne m'a rien fait.

D. Est-ce que vous n'êtes pas fâchée d'avoir tué votre mère?

R. J'en suis fâchée, sans en être fâchée.

D. Expliquez votre pensée.

(Après plusieurs instans de silence.)

R. Je sais que j'ai commis un grand crime. Je... je n'avais pas raison de me venger.

D. Après avoir tué votre mère, pourquoi êtes-vous montée dans la chambre et avez-vous tout dévasté?

R. J'ai déchiré les robes et les mouchoirs de ma sœur, parce qu'on l'avait toujours mieux aimée que moi : j'ai voulu me venger. J'ai déchiré des livres, parce qu'ils sont cause de ma perte.

D. Comment ces livres vous ont-ils perdue?

R. C'est en me faisant trop penser que j'étais damnée.

D. Quand vous avez médité ces crimes, vous avez bien dû penser que vous seriez arrêtée et punie.

R. Je l'ai bien pensé, cela ne m'a rien fait.

D. Qu'avez-vous à dire pour vous justifier?

R. Rien.

D. Etes-vous fâchée d'avoir tué les autres personnes?

R. Non, monsieur.

D. Mais votre nièce, par exemple, ne vous avait rien fait; n'êtes-vous pas fâchée de l'avoir tuée?

R. Je sais bien qu'elle ne méritait point la mort; mais je ne suis point fâchée.

D. Expliquez-vous donc.

Pas de réponse.

D. Vous avez caché dans un tonneau le couteau dont vous vous étiez servie?

R. Oui, monsieur; je l'avais encore à la main lorsque je suis sortie de chez Dorneron; je l'ai caché dans le tonneau et j'ai tiré la quille pour me venger en répandant la boisson.

D. Recommenceriez-vous ce que vous avez fait?

R. Je n'en sais rien; je suis toujours tentée de même.

Second interrogatoire.

D. Pourquoi avez-vous tué votre mère?

R. Je n'avais pas lieu de la tuer.

D. Quelqu'un vous en a-t-il donné le conseil?

R. Non, c'est ce mauvais coup de sang qui me l'a fait faire... Cette pauvre nièce qui m'aimait tant.

La prévenue verse des larmes.

D. Pourquoi pleurez-vous?

R. Je pense trop à ma nièce.

D. Puisque vous aimiez tant votre nièce, pourquoi l'avez-vous tuée?

R. Que voulez-vous que je vous dise?

D. Etes-vous allée dans l'intention de tuer votre nièce?

R. Je ne savais pas ce que je faisais.

D. Votre nièce a-t-elle crié quand vous l'avez frappée?

R. Non, je lui ai donné un coup de mon couteau et je me suis sauvée.

D. Quelle était votre intention en la tuant?

R. Je n'en sais rien.

D. Aviez-vous, en sortant, l'idée de tuer votre mère?

R. Non, c'est la première fois.

D. Comment cette idée vous est-elle venue?

R. J'étais si vivement tourmentée!...

D. Qu'est-ce qui vous tourmentait?

R. Je n'en sais rien.

D. Que ressentiez-vous?

R. Je ressentais un bougement dans l'épaule.

D. Comment cela vous est-il venu?

R. Il y avait long-temps.

D. Pourquoi vouliez-vous tuer votre mère plutôt qu'une autre?

R. Ma pauvre mère qui m'aimait tant!

(Les larmes de la prévenue redoublent).

D. Vous êtes partie de chez vous pour aller tuer votre mère?

R. Je ne savais pas où j'allais.

D. Le fils Dorneron vous avait-il fait du mal?

R. Non... Pauvre enfant!

D. Pourquoi l'avez-vous tué?

R. Pauvre enfant qui était si charmant!... Si c'était à faire... Ah mon Dieu!

D. Et la femme Georges, pourquoi l'avez-vous frappée?

R. Cette pauvre femme!... Elle ne cherchait qu'à me faire du bien... et moi aussi, quand j'étais auprès d'elle.

D. Vous étiez fâchée de ce que votre mère ne vous laissait pas aller à l'église quand vous vouliez?

R. Non.

D. Quelle lecture faisiez-vous ordinairement?

R. Des livres de prières.

D. Quels sont ces livres?

R. Toutes sortes de livres.

D. Aimiez-vous beaucoup cette lecture?

R. Oui.

D. Quelles idées aviez-vous en lisant ces livres?

R. Je pensais toujours être damnée.

D. Pensiez-vous avoir des reproches à vous faire?

R. C'est que j'étais toujours tourmentée.

D. Quel tourment éprouviez-vous?

R. Je me sentais toujours bouger dans l'épaule.

D. Aviez-vous l'idée que vous seriez sauvée en tuant votre mère?

R. Non.

De semblables réponses ne devraient pas avoir besoin de commentaire. On y trouve à-la-fois fausseté et incohérence dans les idées, défaut de jugement, perversion maladive des sentimens moraux.

Fausseté dans les idées : car ces tourmens de l'esprit qui l'obsèdent continuellement, sans avoir aucun motif raisonnable, cette crainte de la damnation, lorsque nulle action ne lui sert de prétexte, même pour la conscience la plus religieuse, appartiennent de toute nécessité à un cerveau malade.

Incohérence : car il n'y a aucun enchaînement, aucun rapport entre les actions et leurs causes assignées. Tuer parce qu'on est trop tourmenté, choisir les premiers qui se trouvent sur le chemin, s'en prendre à des bouteilles, à des livres, à des robes, à un mortier, à une lampe ; s'enfuir dans une cave où on voit entrer ; jeter le couteau qui a servi à commettre les homicides, dans un tonneau dont on laisse aussitôt répandre le vin ; tout cela appartient encore et ne peut appartenir qu'à un cerveau malade.

Défaut de jugement : résultant en partie de l'incohérence des idées, en partie de l'impossibilité de comprendre l'opposition qui existe entre deux idées contradictoires.

Perversion maladive des sentimens moraux : je dis perversion maladive et non pas perversion criminelle, car l'une et l'autre sont bien distinctes et séparées de tout l'intervalle qui sépare la folie du crime. Une femme à laquelle aucune action criminelle, ou indiquant la méchanceté, n'a jamais été reprochée, qui a toujours eu une conduite régulière, perd tout-à-coup les sentimens d'affection qui l'attachaient à ses parens ; elle tue sa mère, sa nièce, deux autres personnes qui ne lui avaient jamais fait aucun mal. D'abord elle n'en est pas fâchée, elle le ferait encore ; une autre fois, elle a du regret, elle pleure, elle plaint sa mère qui l'aimait tant ; elle plaint sa nièce. C'est là un des caractères les plus tranchés du délire des sentimens et qui accompagne presque toujours la folie. Je me tais sur le calcul ou l'hypocrisie, car les interrogatoires n'en laissent pas même le soupçon. Chez les fous, les sentimens sont presque toujours pervertis, quelquefois comme conséquence du délire des idées, d'autres fois sans ce délire, mais spontanément, isolément. Il arrive qu'un aliéné aime ou déteste, sans savoir pourquoi, sans qu'il y ait là plus petite cause assignable à l'un ou à l'autre de ces deux sentimens. Il n'y a pas dans ce cas un acte intellectuel ou dérivant de l'intelligence, il y a un instinct qui porte à aimer ou à détester. Faut-il des preuves ? L'observation attentive des aliénés en fournit tous les jours ; et l'on devrait s'interdire tout jugement sur les aliénés, quand on ne s'est pas livré à cette observation. Pour ceux qui se contentent de raisonner par induction, nous dirons : Voyez ce qui se passe chez les enragés. Un instinct les pousse à mordre ; si la violence de cet instinct les emporte, seront-ils responsables ? Non sans doute. Cependant ils ont agi avec connaissance, ils ont obéi, sciemment, à un instinct. Et vous les excusez. Vous les excusez parce qu'ils ont été mordus, parce qu'ils sont enragés, parce que, dans votre esprit, l'idée de rage emporte avec elle l'idée de penchant involontaire, irrésistible, excusable. Mais les penchans irrésistibles naissent-ils donc seulement après une morsure ? Et n'en peut-il pas exister qui soient également irrésistibles, et qui n'aient point pour caractère l'envie de mordre ? Répondre par la négative, c'est nier ce qu'affirment ceux qui ont observé les fous.

Ce serait peut-être ici le lieu de rappeler les signes donnés par les monographes pour distinguer le penchant au meurtre dont les effets sont excusables, des penchans criminels dont les effets sont punis par les lois. Je n'aborderai pas cette discussion ; elle serait inutile à la cause de Jeanne Desroches, chez laquelle le délire de l'intelligence caractérise un état de folie suffisant pour ôter la liberté morale.

Je passe au rapport des médecins.

Rapport médico-légal.

« Les médecins soussignés, demeurant à Villefranche, département du Rhône, se sont transportés en la maison d'arrêt de cette ville, le vingt-et-un juin mil huit cent trente-deux, pour constater l'état physique et moral de la femme Corget, ainsi que le leur prescrivait la commise de M. le juge d'instruction près le tribunal correctionnel de cette ville, en date du vingt du même mois.

» Un examen attentif leur a démontré que cette femme, âgée de vingt-huit ans, d'un teint brun-jaunâtre, d'un caractère éminemment mélancolique dont les traits sont empreints sur son visage, était d'un tempérament bilieux. Sa langue était humide et naturelle, son œil abattu ; sa figure annonçait une tristesse profonde. Le pouls était dur et serré, battant soixante-douze pulsations par minute. Le ventre était constipé, les urines naturelles ; le sommeil presque nul, la respiration souvent suspirieuse, l'appétit assez prononcé, la soif peu sensible ; et en examinant ses mains, ils ont aperçu sur les doigts plusieurs plaies avec déchirures peu profondes, paraissant être la suite de morsures.

« Interrogée sur ce qu'elle avait éprouvé avant sa détention, elle a répondu que depuis le mois d'août mil huit cent trente-et-un, ses règles avaient été très-irrégulières et moins abondantes ; qu'à cette époque elle avait ressenti une forte douleur à l'œil gauche, puis à l'épaule du même côté ; et que cette douleur paraissait diminuer à l'occasion d'une évacuation sanguine, soit par les parties sexuelles, soit par le nez. Continuant leurs interrogations, elle a ajouté que son état de tristesse provenait de la crainte qu'elle avait des peines éternelles ; que mariée depuis dix à douze jours, elle avait senti son état de mélancolie s'accroître ; que les hémorragies nasales avaient été assez fréquentes, son sommeil plus agité par des songes fantasques, que les craintes d'être damnée s'étaient renouvelées ; qu'elle avait fait part de ces craintes à son mari qui vainement avait essayé de les calmer.

» Lui demandant des détails sur la fin tragique et de sa mère et des autres personnes qu'elle avait immolées, elle a répondu que la veille de ce funeste évènement, elle se sentit plus fatiguée par la douleur de l'épaule, plus tourmentée par les craintes d'être damnée, et qu'alors l'idée seulement de mettre fin aux jours de sa mère se présenta à sa pensée. Dans cette agitation, elle quitta son domicile de grand matin pour se rendre à Pouilly. Chemin faisant, elle rencontre deux femmes avec lesquelles elle parle, sans leur faire part de ses intentions et s'arrête chez sa sœur dont l'habitation est sur la route, et arrive enfin à Pouilly.

» Cette femme se rappelle parfaitement toutes les circonstances qui précédèrent et suivirent ce déplorable évènement : pressée de répondre sur le motif de pareils attentats, elle hésite, mais finit par déclarer qu'elle croyait contribuer au bonheur de sa mère et envoyer des anges dans le ciel. Cependant ses réponses n'ont pas toujours été les mêmes sur ce point.

» Tels sont les renseignemens que les soussignés ont pu recueillir auprès de la femme Corget. Désirant éclairer leur conscience sur un état aussi extraordinaire afin d'observer attentivement sa marche, ils se sont rendus à divers reprises dans la prison et ont répété leurs interrogations pour fixer leur jugement.

» Après un mois d'observations, ils ont vu la plupart des symptômes morbides, qui appartenaient à l'état physique, diminuer sous l'influence d'un traitement rationnel ; mais ils ont remarqué que l'état de mélancolie n'avait pas cédé d'une manière aussi apparente, et que tantôt cette femme se livrait au travail manuel usité dans les prisons, ou s'y refusait obstinément ; tantôt elle répondait aux questions qu'on lui adressait, ou gardait le silence ; que parfois elle partageait les distractions de ses compagnes de captivité, ou bien se livrait aux pleurs, aux alarmes qui parfois l'on fait sortir de son lit avec effroi.

» D'après toutes les circonstances et les faits qui viennent d'être relatés, les soussignés sont d'un commun avis que les indispositions physiques de la femme Corget, que la mélancolie dont elle était atteinte depuis quelque temps, ont pu réagir sur le cerveau, amener un trouble dans les fonctions intellectuelles et lui faire croire qu'elle était damnée, ce qui caractériserait la monomanie religieuse, et, dans cette circonstance, la pousser aux actes de destruction auxquels elle s'est livrée, ce qui formerait une autre espèce de monomanie.

» En foi de quoi, il ont dressé le présent rapport, qu'ils affirment sincère et véritable.

» Ville-Franche, le 24 juillet 1832.

» *Signé* Humbert, Perret, Burnier. »

Je ne crains pas de le dire, ce rapport a contribué à la condamnation de l'accusée, tandis qu'il devait l'absoudre entièrement. Que signifient, en effet, de semblables conclusions? D'où viennent ces expressions dubitatives? Il s'agit de faits sur l'authenticité desquels on ne jette aucun doute, et lorsqu'il faut conclure, on se sert du conditionnel. Mais que manquait-il donc, pour amener la conviction dans l'esprit des experts? Ces experts ont eux-mêmes visité l'accusée, ils ont réitéré leurs visites autant de fois qu'ils l'ont voulu, ils ont, dans leur rapport, exposé des caractères qui appartiennent nécessairement à la folie, qui n'appartiennent qu'à la folie. Et ils concluent en disant, tous d'un commun avis, « que les indispositions physiques de la femme Corget, que la mélancolie dont elle était atteinte depuis quelque temps, ont pu réagir sur le cerveau, amener un trouble dans les fonctions intellectuelles, et lui faire croire qu'elle était damnée, ce qui caractériserait la monomanie religieuse, et, dans cette circonstance, la pousser aux actes de destruction auxquels elle s'est livrée, ce qui formerait un autre espèce de monomanie. »

Le tribunal a-t-il demandé aux experts, si la mélancolie réagissait sur le cerveau? a-t-il demandé ce qui caractériserait la monomanie religieuse; ce qui formerait une autre espèce de monomanie? Il a voulu savoir si l'accusée était folle, ou si elle ne l'était pas. Le devoir des experts était de répondre affirmativement, ou négativement, ou enfin d'exprimer qu'ils étaient dans le doute, et, dans ce cas, d'indiquer qu'elle était la cause de leur doute. Or, chez la femme Corget, une seule cause de doute était, je ne dis pas possible, mais allégable; c'était la simulation : alors, il fallait en faire mention, et réclamer des délais, si on les croyait nécessaires. L'accusation a tiré un grand parti du rapport des experts, et la femme Corget, a été condamnée, surtout d'après ce rapport qui aurait dû l'absoudre.

Un nom a été prononcé au milieu des débats, qui paraît avoir contribué à la condamnation, c'est celui de M. Elias Regnault. Comment prendre pour autorité, un écrivain qui parlant des fous, discutant la criminalité de leurs actions, avoue qu'il ne connaît par les fous, qu'il ne les a jamais étudiés, que pour raisonner juste sur ce qui le concerne, il vaut mieux ne les avoir jamais étudiés ou vus, dans la crainte de se laisser entraîner par des préjugés scientifiques?

Les débats terminés, M. le président a posé les questions suivantes, résultant de l'acte d'accusation.

Jeanne Desroches s'est-elle rendue coupable, dans la matinée du 19 juin dernier,

1° D'homicide volontaire sur la personne de Claudine Champart, sa nièce;

2° D'homicide volontaire sur la personne de la veuve Desroches;

3° D'homicide volontaire sur la personne de la veuve Georges;

4° D'homicide volontaire sur la personne du nommé Dorneron, fils?

A-t-elle commis ces crimes avec préméditation?

A-t-elle commis le crime énoncé au n° 2 sur la personne de sa mère légitime?

Me Margerand, avocat qui a défendu l'accusée avec beaucoup de talent, se lève et prie la cour de lui permettre quelques observations sur la position des questions :

« Je sais, dit l'avocat, et M. le président l'a parfaitement fait comprendre, je sais que notre Code pénal considère la folie comme exclusive de toute culpabilité. Demander aux jurés si l'accusée est coupable, c'est leur demander non-seulement si elle est réellement et matériellement l'auteur des homicides qui lui sont imputés, mais encore s'il est constant qu'elle ait agi avec une volonté libre, si elle jouissait du libre exercice de sa raison. Je ne doute donc pas, si les questions étaient maintenues, telles qu'elles sont proposées, que Jeanne Desroches fût déclarée non coupable; car s'il est certain que son bras a frappé, il est certain aussi que ses facultés mentales n'étaient pas dans toute leur intégrité.

» Mais pourquoi laisser subsister l'équivoque, lorsqu'il est si facile de le faire disparaître? Pourquoi présenter une question complexe, métaphysique, lorsqu'on peut la réduire à des termes simples, que les esprits les moins exercés saisiront.

» Dira-t-on que la question de démence se trouvant implicitement comprise dans celle de culpabilité, procéder comme je le demande, serait en quelque sorte déroger aux lois de la logique? Je réponds que cet inconvénient n'est rien à côté de celui que peut amener l'observance trop rigoureuse des règles du droit, à côté de la condamnation d'un innocent. Et des faits positifs prouvent que l'hypothèse dans laquelle je me place n'est point une chimère : pour n'en citer qu'un seul, dans une affaire où la démence était alléguée, le président de la cour d'assises d'Eure-et-Loir crut devoir en faire l'objet d'une question spéciale, à la suite de celle relative à la culpabilité, et le jury répondit affirmativement sur l'une et l'autre : Oui, l'accusé a commis volontairement le crime; oui, il était en état de démence. Il fut acquitté, et, sans la question de démence, il eût probablement porté sa tête sur l'échafaud. L'arrêt ayant été soumis à la cour de cassation, il a été jugé qu'il n'y avait pas contradiction réelle entre ces deux réponses; que les jurés avaient entendu déclarer que l'accusé avait seulement cette volonté *quasi-ani-*

male que peut avoir un homme en démence (Arrêt du 4 janvier 1817; Sirey, tome 17, première partie, page 399). Par conséquent, il n'y avait pas non plus contradiction réelle entre les deux questions, et se refuser à les poser toutes deux, c'est faire dépendre la vie d'un accusé du plus ou moins d'aptitude des jurés à faire des distinctions métaphysiques assez subtiles.

» Je conclus donc à ce que les questions soient ainsi posées :

» Jeanne Desroches a-t-elle, dans la matinée du 19 juin, donné la mort,

» 1° A Claudine Champart, sa nièce ;

» 2° A la veuve Desroches, sa mère légitime ;

» 3° A la veuve Georges ;

» 4° A Dorneron fils, âgé de sept ans ?

» Ces homicides ont-ils été commis volontairement ?

» L'ont-ils été avec préméditation ?

» L'accusée était-elle en démence au moment des actions ?

» Il résultera un autre avantage de la réponse positive du jury sur la démence, c'est qu'alors l'état de Jeanne Desroches sera judiciairement connu, et que l'autorité administrative pourra de suite la faire conduire dans une maison d'aliénés, en vertu de l'art. 5 du titre 2 de la loi du 24 août 1790, ainsi conçu :

« Le soin d'obvier ou de remédier aux évènemens » fâcheux qui pourraient être occasionés par les in- » sensés ou les furieux laissés en liberté, est confié à » l'autorité administrative. »

» Plus tard, la famille ou M. le procureur du roi poursuivront l'interdiction ; mais, dès-à-présent, le moyen que je propose suffit pour concilier tous les intérêts. »

M. l'avocat-général pense que les questions résultant de l'acte d'accusation remplissent le vœu de la loi et qu'elles doivent subsister.

Me Margerand rappelle qu'en 1826, un individu, nommé Benoît Bancillon, fut traduit devant la cour d'assises sous l'accusation de coups volontaires portés à son père et à sa mère légitimes, que la démence ayant été alléguée, une question précise fut posée à cet égard, sans opposition de la part du ministère public, et qu'en effet, Bancillon fut déclaré fou, retenu par mesure de sûreté, et mis à la disposition de l'autorité administrative... Pourquoi n'en serait-il pas de même aujourd'hui?

La cour, après en avoir délibéré ordonne que les questions seront maintenues telles qu'elles ont été posées par M. le président.

Le jury se retire; sa délibération se prolonge pendant une heure, elle se termine par le résultat suivant:

Sur toutes les questions la réponse est affirmative, même sur celle de la préméditation ;

Oui, à la majorité de plus de sept voix, il y a des circonstances atténuantes.

En conséquence, la cour, faisant application à Jeanne Desroches des articles 295, 296, 299, 302, 463 du Code pénal, et 368 du Code d'instruction criminelle, la condamne à dix ans de travaux forcés, sans exposition, et aux frais de la procédure.

La manière dont les questions ont été posées a trompé le vœu de la loi : elle a conduit les jurés à donner une décision sur un fait qui ne devait pas leur être soumis. Demander aux jurés si la femme Corget est coupable, c'était leur demander si cette accusée, folle ou non, a pu commettre un crime. Or la loi a déclaré que lorsqu'il y avait folie, il ne pouvait y avoir crime: l'opinion du jury a donc été consulté sur un fait prévu par la loi. Un juré répondant : oui, l'accusé est coupable, pouvait ainsi motiver sa réponse; oui elle est coupable parce qu'elle n'était pas hors d'elle-même, au moment où elle a commis les homicides qui lui sont imputés, et qu'elle avoue ; elle est coupable, parce que sa déraison ne lui a pas ôté la conscience de ce qu'elle faisait, et parce que je crois avec M. Elias Regnault, que lorsqu'il y a conscience il y a liberté; elle est coupable, parce que je n'admets pas l'existence de la monomanie; parce que ce serait préparer une excuse à tous les crimes, etc., etc. Si, au contraire, cette question lui eût été soumise, comme le voulait M. Margerand : l'accusé était-elle en démence au moment des actions? On eût eu une réponse précise à une question simple, et le vœu de la loi n'eût pas été méconnu.

La femme Corget, depuis sa condamnation, s'est coupé l'extrémite du petit doigt de la main gauche et s'est livrée à d'autres actes bien évidens de folie. Si le procès de cette malheureuse ne peut être révisé, espérons qu'il lui sera fait grâce, et, dans ce cas, grâce sera justice.

LEURET.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

(JUIN 1833.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

UN MOT SUR QUELQUES OPHTHALMIES GRAVES QUI RÈGNENT MAINTENANT A PARIS.

Il règne à Paris, depuis plusieurs mois, surtout dans les classes peu aisées de la société, des ophthalmies qui, pour être de natures diverses, n'en sont pas moins assez graves pour compromettre la vue des individus qui en sont atteints.

Les ophthalmies revêtent surtout deux formes bien distinctes ; les unes sont sèches, *ophthalmiæ siccæ sine profluvio ;* et les autres sont fluentes, et de celles que Searpa et les Anglais nomment *ophthalmiæ purulentæ,* ou *ophthalmo-blennorrhées.*

Dans la première espèce, la conjonctive oculaire et palpébrale est rouge, peu turgescente ; les vaisseaux sont peu développés, l'iris est légèrement contracté et excessivement impressionnable à la lumière. Les malades croient avoir les paupières remplies de grains de sable, et quand on examine les paupières renversées au moyen d'une forte lentille, on observe des vaisseaux sanguins isolés çà et là, et offrant des renflemens évidens, auxquels on doit sans doute attribuer la sensation des grains de sable ; l'œil est chaud, brûlant, habituellement sec ; la glande lacrymale elle-même ne secrète que quelques larmes rares et brûlantes. Cet état peut persister pendant plusieurs jours sans augmenter, mais ordinairement il s'aggrave très-rapidement ; la photophobie est le premier symptôme qui prend de l'accroissement ; l'iris s'injecte et devient de plus en plus irritable ; l'œil se gonfle, et le malade ressent une vive tension, comme si cet organe était chassé en avant par un abcès ou une tumeur intra-orbitaire, toutes les fois que les paupières se contractent, et dans cette ophthalmie *le blépharospasme* est très-fréquent ; le malade éprouve dans l'œil une douleur très-vive de refoulement. Quand la maladie est arrivée à ce point, le patient est en proie à des douleurs intolérables, son agitation est extrême, il ne sait où se placer ; la face est animée, le pouls est dur, fréquent, les carotides battent avec force, et le malade ressent des tintemens fort incommodes dans les oreilles. Si l'on ne parvient pas à calmer les douleurs, et surtout à ralentir la sécrétion de l'humeur aqueuse, l'œil est gravement compromis ; non-seulement il peut y avoir une rupture de la cornée, mais encore il se forme dans l'union de la cornée avec la sclérotique un cercle blanchâtre qui ne tarde pas à s'ulcérer, et à travers lequel surgissent tout-à-coup des flots d'humeur aqueuse avec procidence de l'iris.

Il serait difficile de méconnaître ici une ophthalmie

inflammatoire, que tout praticien de bonne foi ne balancera pas à attaquer dans le début, surtout par un traitement antiphlogistique énergique et en rapport avec l'intensité de la maladie et la force du sujet.

De nos jours on a malheureusement trop négligé l'usage des saignées du pied. Dans les ophthalmies graves cependant les anciens médecins en avaient retiré de très-grands avantages. M. Chauffard, médecin d'Avignon, a, par une série d'observations pleines d'intérêt, cherché à ramener l'attention des praticiens sur les saignées révulsives du pied dans les affections de la tête; son excellent travail, inséré dans les *Archives de médecine* (avril 1832), m'a confirmé dans les principes de la médecine ancienne, et je suis heureux d'appuyer mon expérience sur celle d'un praticien aussi observateur que judicieux.

Je débute donc par des saignées de pieds proportionnées à la violence de la maladie, à l'idiosyncrasie du sujet, et surtout à la manière avec laquelle il supporte les évacuations sanguines; car il ne faut pas se le dissimuler, il est des hommes qui, avec tous les signes d'un tempérament athlétique, n'ont pas de *tolérance pour la saignée.*

Toutes les fois que je dois avoir recours aux évacuations sanguines locales, je préfère les ventouses scarifiées à la nuque et à la tempe; les sangsues ont une action moins sûre; elles irritent quelques malades et déterminent souvent des fluxions érisypélateuses.

Les médecins anglais depuis long-temps sont fixés à ce sujet, et je m'applaudis d'avoir suivi leur exemple.

Mais il faut ici l'avouer, les évacuations sanguines améliorent la position du malade; elles enraient la marche de la maladie, mais elles n'enlèvent pas toujours la douleur; la *photophobie* s'accroît souvent sous leur usage. Dans ce cas, il faut avoir recours aux narcotiques. Un remède, dont j'ai constaté depuis long-temps l'efficacité dans un mémoire couronné par l'Athénée de médecine de Paris, mérite une grande confiance : c'est l'eau cohobée du laurier-cerise, prise à l'intérieur et employée en collyre. Depuis quelques années, j'emploie, d'après le conseil de M. Maunoir, la teinture aqueuse de digitale pourprée en frictions, en lavemens, et à l'intérieur selon la formule suivante :

Feuilles de digitale pourprée. . . .	1 drachme.
Eau bouillante.	4 onces.

F. une teinture aqueuse; en prendre deux gouttes toutes les deux heures, et six gouttes matin et soir dans un quart de lavement, que le malade fera ses efforts pour garder.

Si ces moyens sont infructueux, et que la turgescence de la cornée soit assez considérable pour laisser craindre une fissure, c'est le cas de recourir à l'évacuation de l'humeur aqueuse au moyen de la ponction de la cornée.

Cette opération, que les recherches et les expériences de Wardrop ont rendue très-familière en Angleterre et en Allemagne, n'est pas adoptée ou mise en usage en France. Il n'est pas que je sache d'autres praticiens que moi qui l'aient pratiquée, et j'ai, dans un mémoire publié au commencement de cette année, indiqué les procédés à suivre pour pratiquer cette opération, ainsi que les diverses modifications et perfectionnemens que je lui ai fait subir.

Pour combattre l'inflammation, on retire de très-grands avantages de frictions pratiquées aux tempes et autour de l'orbite avec un gros, pour chaque friction, de la pommade suivante :

Prenez : Onguent mercuriel double.	1 once.
Strychnine.	8 grains.
Huile essentielle d'amendes amères.	8 gouttes.

Cette pommade a le double avantage de combattre l'inflammation et de tenir la pupille suffisamment dilatée, et éviter par ce moyen l'atrésie de la pupille, qui est souvent consécutif à cette espèce d'inflammation.

Je n'emploie jamais les vésicatoires dans l'état aigu; ils produisent, dans la plupart des cas, une surexcitation qui est toujours défavorable au malade. Dans les mêmes circonstances et pour les mêmes motifs, je me range tout-à-fait de l'opinion des professeurs Beer et Flarer, qui proscrivent l'emploi du séton.

Ces deux moyens, au contraire, sont des agens thérapeutiques précieux quand l'ophthalmie a passé à l'état chronique. Depuis quelques années, je me sers avec beaucoup d'avantage des frictions, sur la nuque dépouillée de ses cheveux, pratiquées avec la pommade stibiée. L'action de ce médicament est préférable à la pommade de Gondret; son action est plus durable et occasionne moins de douleurs.

L'autre espèce d'ophthalmie qui règne maintenant à Paris dans les quartiers insalubres et peu fortunés, est celle que les ophthalmo-pathologistes allemands désignent sous le nom d'ophthalmie catarrhale, et qui revêt dans son début les caractères que nous allons tracer.

Toute inflammation catarrheuse ou catarrhale affecte les organes destinés à la sécrétion du mucus. Dans l'inflammation catarrhale de l'œil, cette affection siége dans les glandes de Méibomius, ou dans la conjonctive proprement dite. Elle prend alors une dénomination différente, selon qu'elle occupe l'une ou l'autre de ces parties; dans le premier cas, on la nomme blépharodémie-catarrho-glandulense; dans le second, elle s'appelle ophthalmo-blennorrhée chez les nouveau-nés et les enfans, et ophthalmie égyptienne chez les adultes. Cette maladie est surtout produite par une action nuisible de l'air atmosphérique, les changemens de température, les courans d'air, la dénudation du cuir chevelu, les lotions froides sur la tête; aussi cette espèce d'ophthalmie est-elle plus fréquente au printemps et en automne. L'habitation des maisons humides et récemment blanchies est une des causes les plus fréquentes de cette maladie. Il faut y joindre les évacuations putrides ammoniacales, les exhalaisons méphitiques, la poussière, l'usage des eaux stagnantes et l'encombrement. Que de causes de cette nature existent dans quelques rues froides et humides du neuvième arrondissement de Paris! que d'élémens producteurs de la maladie n'ont pas existé dans la maison de réfuge pour les malheureux enfans rendus orphelins par le choléra!

Cette ophthalmie débute ordinairement par une légère démangeaison des paupières, accompagnée de tension et de gonflement des mêmes parties; la conjonctive est un peu rouge et gonflée; ce qui fait que le malade éprouve un sentiment de gonflement et de tension assez désagréable, suivi de difficulté de mouvoir les paupières. La sécrétion des paupières est supprimée dans les premiers instans; mais la glande lacrymale sécrète une humeur âcre, qui donne de l'ardeur et de la chaleur à l'œil, qui ressemble enfin à une sensation de brûlure; puis, à mesure que l'inflammation cesse, la sécrétion du mucus a lieu; mais ce mucus n'est point naturel; il a une apparence puriforme, il irrite les parties voisines. Plusieurs phénomènes dépendent de cette sécrétion anormale : lorsque les paupières sont ouvertes, une partie du mucus se concrète en membranes très-minces qui, recouvrant la cornée, troublent la vue de temps en temps : quand le malade fixe une chandelle, la flamme de celle-ci paraît entourée d'un disque diversement coloré. Lorsque les paupières sont fermées, et surtout pendant la nuit, le mucus se concrète et adhèrant aux cils, il produit une agglutination des paupières, phénomène que les oculistes anciens nommaient chassie cristalline. Dès l'instant que la maladie augmente, en renversant avec soin les paupières, on y observe de petites granulations muqueuses, qui ne sont que des cryptes ou follicules muqueux hypertrophiés, qui, dans l'état normal, sont imperceptibles à l'œil nu. Il n'est pas rare de voir apparaître sur le limbe des paupières, avec la sécrétion abondante du mucus, plusieurs petites pustules remplies d'une matière puriforme, qui se crèvent aussitôt, et excorient sur quelques points les marges des paupières; ces excoriations produisent une douleur très-vive, surtout à l'air atmosphérique; c'est ce qui fait que les malades regardent la lumière les paupières moitié fermées. C'est à dater de cette époque que cette ophthalmie, bénigne en apparence, commence à offrir de véritables dangers et réclame tous les soins de l'art; car la sécrétion continuelle du mucus irritant de plus en plus la conjonctive des paupières, elle se gonfle, se boursouffle se charge de viscosités qui, en retenant le mucus en place, tendent à augmenter l'inflammation de la conjonctive, qui ne tarde pas à se renverser et à former çà et là des bourrelets. Cet état peut rester stationnaire pendant plusieurs semaines, mais aussi il peut s'aggraver tout-à-coup, envahir la conjonctive du globe de l'œil, même la cornée, autour de laquelle elle surgit comme un vaste bourrelet. Les paupières deviennent légèrement érysipélateuses, leur surface interne est couleur lie de vin rouge; une douleur atroce se fait sentir dans l'œil, surtout pendant la nuit; la lumière devient insupportable, et l'on aperçoit çà et là sur la muqueuse des flocons blancs mêlés à une sécrétion séreuse et semblable à du lait caillé.

Souvent les malades sont en proie à une fièvre intense, à type rémittent. La cornée se trouble, ensuite elle devient tout-à-fait opaque, puis se change en un bourbier purulent, souvent accompagné d'ulcérations, de perforations, de prolapsus de l'iris, etc. Souvent elle tombe spontanément en gangrène, à cause de l'étranglement inflammatoire de ses vaisseaux nourriciers. A ces traits rapidement esquissés, qui méconnaîtrait l'ophthalmie dite égyptienne? Ce n'est point ici mon intention de discuter la valeur de cette dénomination, encore moins d'examiner les controverses polémiques enfantées par la question de la contagion ou de la non-contagion; je me bornerai à affirmer que ma conviction est formée sur la possibilité de sa transmission par contact immédiat et par inoculation, me réservant de traiter amplement la question en répondant aux attaques que M. Piorry a dirigées contre les ophthalmistes étrangers.

Tandis que la maladie se borne à une simple inflammation des paupières, à une légère sécrétion de pus et de mucus, rien n'est plus facile que de la combattre. La première indication est d'éloigner, autant que possible, les causes occasionnelles de la maladie. Lorsque la sécrétion du mucus commence, il faut avoir recours aux légers astringens, tels que : les infusions de thé noir, d'arnica montana, aiguisées par quelques gouttes de laudanum de Rousseau, ou quelques grains de pierre divine. Lorsque la cornée n'est pas altérée, on peut aussi recourir aux préparations saturnines employées en collyre; mais, pour peu que la cornée perde de sa transparence, que l'œil soit douloureux ou gonflé, il faut faire pratiquer une saignée révulsive au pied, suivant la force et le tempérament des malades. Les Allemands ont employé avec beaucoup d'avantage les diaphorétiques et les révulsifs du canal intestinal : c'est surtout le calomel et le jalap qu'ils préfèrent. Adams, après avoir fait une large saignée, employait l'émétique à haute dose. Ces moyens souvent ne suffisent point pour arrêter l'inflammation; il faut avoir recours à l'application des sangsues et des ventouses en grand nombre, et répétées selon l'indication. L'expérience m'a appris à avoir une grande confiance dans l'administration des douches d'eau froide, toutes les fois que la cornée conserve de sa transparence; les collyres doivent être tièdes dès l'instant que cette partie de l'œil perd de sa diaphanéité. Malgré tous ces moyens, la maladie marche souvent; les paupières ne se détuméfient point : c'est alors le cas, comme le font les Anglais, d'enlever, au moyen de ciseaux coudés, de grands pans de conjonctives, et de produire par ce moyen des déplétions locales qui détruisent l'étranglement. Ware, en Angleterre, a employé avec avantage, dans ce cas, la solution styptique de Bate. Adams a mis en usage, avec beaucoup de succès, une pommade dont il a fait long-temps un secret, et qui n'était autre chose qu'un onguent composé d'axonge, de pierre infernale et de bleu de Prusse. Si la cornée se perfore, il faut administrer l'extrait de belladone à l'intérieur et à l'extérieur, afin d'obtenir une excessive dilatation de la pupille, et empêcher par ce moyen le prolapsus de l'iris.

Il y a trente ans environ que le professeur Scarpa proposa d'arrêter les ulcérations de la cornée au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent fondu; dans la plupart des cas, cette médication est suivie d'un prompt succès. Mon ami, le docteur Gensoul, de Lyon, appliqua, il y a quelques années, le traitement proposé par Scarpa pour les ulcérations à toutes les ophthalmies en général, quelle que fût leur gravité : d'expériences en expériences, de succès en succès, il en est venu au point de combattre victorieusement presque toutes les ophthalmies au moyen de cautérisa-

tions transcurrentes pratiquées sur la conjonctive oculaire et palpébrale. Plus de trois cents cas de guérison sont venus sanctionner cette méthode, douloureuse, il est vrai, mais héroïque, surtout dans les cas qui ont résisté aux antiphlogistiques. J'ai employé souvent ce moyen, et je crois qu'on peut le mettre en usage sans danger, toutes les fois que la maladie n'a pas envahi l'iris et la choroïde. On sait d'ailleurs que depuis longtemps, dans des cas semblables, Gutthrie emploie une solution de pierre infernale et un onguent saturé de cette même substance. Je n'entre pas dans de plus amples détails sur cette médication, M. Gensoul devant en faire un travail spécial.

Malgré le traitement le plus énergique, cette espèce d'ophthalmie déborde souvent les ressources de l'art les mieux combinées; elle produit alors les plus graves désordres dans les fonctions oculaires, qui feront plus tard le sujet d'articles spéciaux.

Pendant tout le temps que la maladie est à l'état aigu, je suis excessivement réservé dans l'emploi des révulsils, rubéfians et escarrotiques pour la raison que j'ai indiquée au commencement de cet article.

CARRON DU VILLARDS.

VACCINE.

DES CONSÉQUENCES DE LA VACCINE

SUR L'ÉCONOMIE.

Quand on compare la vaccine avec la variole, on s'étonne qu'une éruption si bénigne tienne lieu d'une maladie si grave. Il faut que cette bénignité cache donc une action bien puissante et bien profonde.

A s'en tenir aux apparences, la vaccine ne serait qu'une lésion externe et locale caractérisée par cinq ou six boutons. En examinant les choses de plus près, on demeure convaincu que la vaccine est une affection générale dans toute l'extension de ce mot, et que les boutons eux-mêmes ne sont que l'effet et comme la crise d'une révolution intérieure à laquelle l'économie tout entière prend une égale part. En quoi consiste cette heureuse révolution qui libère l'économie d'une chance si périlleuse? A cette question je ne connais point de réponse; mais on sait positivement que c'est en elle que réside tout le mérite de la vaccine et qu'elle précède l'apparition des pustules.

La révolution vaccinale est si douce qu'elle s'opère à l'insu des malades; sans les pustules elle passerait presque toujours inaperçue.

J'ai dit cependant que la vaccine s'accompagne assez souvent de dégoût, de malaise, de frissons et finalement d'un petit mouvement de fièvre; mais ces symptômes, sympathiques de l'inflammation de la pustule, appartiennent à la seconde période, et nous parlons ici de la première, appelée par quelques auteurs période d'*inertie*, tant elle est calme et silencieuse.

L'effet de cette grande révolution sur la petite-vérole est assez connu; mais cet effet est tout spécial.

La vaccine n'apporterait-elle pas d'autres changemens dans l'économie? Ils sont du moins bien peu importans.

Il est des médecins qui, qui dans leur enthousiasme, en ont fait une espèce de panacée; Jenner la proposait contre les accidens de la dentition: encouragés par son exemple, ils la prescrivent, eux, contre les convulsions, l'ophthalmie, les croûtes laiteuses, les dartres, la coqueluche, la diarrhée, etc.

On lui tient compte, non-seulement du bien qu'elle fait, mais encore du mal qu'elle ne fait pas, et, pour en relever les avantages, on rembrunit, tant qu'on peut, le tableau de la variole. On accuse cette dernière d'exciter, d'aggraver et presque d'engendrer le vice scrofuleux; ce qui s'accorde mal avec ce qu'on sait de l'équilibre des systèmes organiques. Il semble en effet qu'une maladie aussi essentiellement inflammatoire que la petite-vérole soit bien plus propre à développer le système sanguin que le système lymphatique.

D'un autre côté, les détracteurs de la vaccine l'ont chargée d'une foule de maux auxquels elle est certainement étrangère. Dans ce système, on ne dit plus qu'elle ne préserve pas de la variole, on soutient au contraire qu'elle n'en préserve que trop, voulant faire entendre par-là que, pour un mal qu'elle éloigne, elle en met vingt autres à la place qui ne valent guère mieux: nouveau genre de guerre plus perfide et plus dangereux que tous ceux dont on s'était avisé jusqu'ici. Quand on contestait à la vaccine ses propriétés antivarioleuses, il était du moins facile de la défendre. On faisait avec les incrédules comme on fit avec ce philosophe grec qui niait le mouvement: on leur montrait des vaccinés et on les défiait de leur donner la variole.

Mais que dire à ceux qui, forcés de reconnaître les effets immédiats et spéciaux de la vaccine, la poursuivent jusque dans ses conséquences et lui prêtent une foule de maladies sans autre motif que de discréditer une grande découverte? Toute gratuite, toute absurde qu'est l'accusation, elle a ses dangers, soit parce qu'elle favorise les préjugés du peuple, soit parce que les premières années de la vie sont, pour ainsi dire, un temps d'épreuves auxquelles beaucoup d'enfans ne résistent pas.

Je dis que l'accusation plaît au peuple; elle flatte ses préventions, ses croyances; le peuple aime l'humorisme qu'il croit comprendre: aussi lui est-il resté toujours fidèle au milieu des révolutions qui, depuis plusieurs siècles, ont si souvent changé la face de la médecine. Dans cette doctrine, la petite-vérole est un mal nécessaire, une épuration par laquelle le corps humain se débarrasse des impuretés qui le souillent et qui deviendraient plus tard des levains de maladie; plus l'éruption est abondante, plus l'épuration est parfaite. Il est fâcheux que ce travail intestin ne puisse se faire sans danger pour la vie, non parmi les personnes dont nous parlons, il n'en est aucune qui ne désirât la variole la plus abondante, précisément parce qu'elle répond mieux aux idées que s'en fait l'humorisme.

Si cependant, balançant les dangers qu'elle fait courir avec les avantages qu'il en attend, le peuple se décide à faire vacciner ses enfans, ce n'est pas sans regret. N'espérez pas lui persuader que quatre boutons

d'une éruption bien bénigne équivalent à une multitude de pustules d'où il voit s'écouler une matière purulente qu'il prend pour un poison caché dans la profondeur de nos organes. Il faudrait lui prouver que cette prétendue épuration n'est qu'un jeu de son imagination, et quand vous voudriez en prendre la peine, il ne vous comprendrait pas.

Il n'est pas, je le sais, dans la dignité de la science de s'abaisser à réfuter des préjugés populaires ; mais ils sont partagés par quelques médecins, et quoique sur ce point ils ne méritent peut-être pas beaucoup d'égards, leur opinion peut tirer de leur caractère assez d'importance pour nous justifier au moins d'en parler. Ceux-ci, plus adroits, mais plus coupables que les personnes étrangères à notre art, s'excusent en quelque sorte de penser comme ils font en disant qu'ils ne citent que des faits. Ils croient montrer leur bonne foi sous cette apparence de simplicité ; mais au fond ils ne montrent que leur ignorance.

On dit que, depuis la découverte de la vaccine, le croup, la fièvre cérébrale, la phthisie, le rachitisme, etc., sont devenus plus communs. On le dit, mais quelles preuves en donne-t-on ? Parce qu'on prononce plus souvent les noms de ces maladies, on en conclut qu'elles se sont multipliées. Quel raisonnement! On oublie qu'en toutes choses la langue change nécessairement avec les idées. Et quelle est la science plus sujette à varier que la médecine ? Si l'on parle plus aujourd'hui de croup, de fièvre cérébrale, de phthisie, etc., en revanche il y a moins d'angines suffocantes, de convulsions, de fièvres lentes, etc. Les premières ont pris la place de dernières; c'est un changement de langage, changement inévitable dans toutes les sciences qui sont en progrès. Aussi la nomenclature médicale varie-t-elle d'un siècle à l'autre, d'un pays à un autre, d'une école à une autre; et cela va souvent jusqu'à ne pas s'entendre.

Du temps de Stoll, on voyait partout des fièvres bilieuses; Pinel mit en vogue la fièvre adynamique; M. Broussais a mis toute la pathologie dans la gastro-entérite. Heureusement la nature est plus constante dans ses productions que les hommes dans leurs dénominations. Et où en serions-nous si les choses changeaient au gré des imaginations systématiques ? Variation de nomenclature, telle est donc la première cause d'erreur de nos antagonistes.

J'en trouve une seconde dans les progrès mêmes du diagnostic. Il est probable qu'on connaît aujourd'hui mieux qu'autrefois les lésions physiques, ou, pour mieux dire, la partie matérielle des maladies. Cette amélioration est due surtout aux soins qu'on se donne pour vérifier après la mort les conjectures qu'on a faites pendant la vie. Il ne meurt peut-être pas un seul malade dans les hôpitaux de Paris et de beaucoup d'autres villes qu'on ne fasse l'ouverture du corps. Ce n'est pas ici le lieu d'examiner si la médecine-pratique a beaucoup gagné à ces recherches; il est sûr au moins que le diagnostic s'est perfectionné sous le point de vue que nous avons dit. Nous connaissons donc mieux que nos devanciers cette partie des maladies saisissable à nos sens, et l'on sait que les choses paraissent d'autant plus communes qu'elles sont mieux connues.

Ce n'est pas seulement les maladies de l'enfance qui semblent s'être multipliées, mais toutes celles où l'anatomie pathologique aperçoit ou croit apercevoir quelque chose : a-t-on jamais autant parlé que de nos jours des anévrysmes du cœur et des gros vaisseaux, de méningites et d'encéphalites, de gastrites et d'entérites chroniques, etc. ? et cependant il est peu probable qu'il y ait rien de changé à cet égard dans la nature; mais il s'est fait beaucoup de changemens dans nos esprits, et par suite dans nos doctrines. Nos anévrismes étaient des asthmes ou des hydropisies de poitrine pour les anciens, nos entérites chroniques des dispepsies, etc. Mais les anévrismes n'ont pas pris seulement la place des asthmes; ils en occupent le double dans les nosologies, parce qu'ils ne passent plus inaperçus. Vous remarquerez cependant qu'ils ont été plus communs qu'ils ne le sont en ce moment. L'ouvrage de Corvisart les avait mis à la mode, qu'on me passe l'expression. Déjà il y a trois fois moins de gastrites qu'il n'y en avait les premières années qui suivirent la publication de l'*Examen*. Le croup a eu sa plus grande vogue après la mort du fils de Louis Bonaparte, lorsque Napoléon en fit le sujet d'un prix décennal. Tel est l'ascendant d'un grand nom ou d'un grand événement.

Enfin, quand même il serait prouvé que les maladies de l'enfance déjà citées, le croup, le rachitisme, la fièvre cérébrale, etc., sont en effet plus communs depuis un certain nombre d'années; quand même il serait prouvé que, par la plus singulière coïncidence, la date de cet accroissement remonte juste à l'année de la découverte de la vaccine, est-ce une raison pour la lui imputer ? A-t-on pris la peine de comparer, en égal nombre, les enfans vaccinés avec les enfans non vaccinés pour voir de quel côté il y a le plus de croups, de rachitismes, etc. ? Une seule comparaison n'eût pas suffi, car le hasard se mêle à tout; il eût fallu la répéter et tenir une note exacte de tout ce qui peut faire varier le résultat, saison, pays, etc. Après toutes ces recherches et toutes ces précautions, peut-être eût-on été admis à parler des conséquences de la vaccine sur la santé des enfans; mais avant cela il n'y a pas de raisonnement qui ne pêche par la base et qui mérite seulement d'être réfuté.

Je connais des médecins qui se sont avisés d'un autre expédient pour déprécier la vaccine. Ceux-ci, également convaincus que ses avantages sont plus que balancés par les funestes compensations qu'ils lui prêtent, se taisent sur ces compensations et procèdent arithmétiquement. C'est ainsi qu'au dire de M. Eymard, la population de Grenoble était, vingt-cinq ans après la vaccine, précisément au même point où elle se trouvait vingt-cinq avant. D'où il conclut que la vaccine, qui, selon lui, ne préserve que trop de la variole, ne fait que remplacer une maladie par une autre, de telle sorte que l'équilibre, un instant rompu, est bientôt rétabli. C'est le système de la fatalité dans toute sa pureté.

Une ville de trente mille ames qui, dans un espace de cinquante ans, n'éprouve aucun mouvement sensible dans sa population, est peut-être un fait assez extraordinaire; mais c'est pour cela même qu'il me paraît suspect. Car enfin, si les meilleures pratiques médicales, et particulièrement la vaccine, n'ajoutent pas à la masse des individus, on n'en peut dire autant de l'assainissement des lieux, de l'élargissement des rues,

de l'essor de l'industrie, et de tout ce qui constitue le perfectionnement général de ces deux branches si intéressantes de l'administration connues sous le nom de police médicale d'hygiène publique. Et, en effet, la population s'accroît non-seulement en France, mais presque partout. Ainsi l'exemple de Grenoble ne prouve rien, et le raisonnement de M. Eymard est doublement vicieux en ce qu'il consacre un fait qui, s'il est vrai pour Grenoble, ne l'est pas pour Paris, Lyon, Bordeaux, etc., et qu'il confond tous les élémens d'un problème très-compliqué, comme si la médecine était la seule puissance susceptible de faire varier les populations.

Ce n'est pas ici le lieu d'examiner l'influence de la vaccine sur ces grands résultats, influence, du reste, beaucoup trop exaltée par ceux qui croient que cette salutaire pratique doit ajouter à la masse un nombre de sujets égal à celui que la variole aurait enlevé. La nature a mis d'autres lois à la conservation des hommes. C'est un problème d'économie politique fort délicat et fort difficile à résoudre que j'examinerai plus tard.

En attendant, je proteste ici hautement contre un système qui n'accorde à la vaccine d'autre avantage que de substituer un mal à un autre. Il n'en est rien. Et en effet, qui ne voit que, dans cette supposition, la mort frapperait principalement dans les classes les plus aisées de la société, puisque c'est là que la vaccine a le plus de partisans? Or, c'est tout le contraire : nulle part la mortalité, parmi les enfans, n'est plus considérable que dans le peuple, et quoiqu'il existe plusieurs raisons de cette différence, il serait injuste d'en exclure la vaccine; il le serait bien plus encore de persister dans un reproche qui ne repose sur rien.

BOUSQUET.

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOTE SUR LA SAVEUR DES MÉDICAMENS MAGISTRAUX,

Par P.-H. ROUTIGNY, *pharmacien à évreux.*

Il n'y a pas de jour, pour ainsi dire, que les malades ne se plaignent de la différence que présentent les médicamens magistraux, quoique preparés d'après la même formule.

1° Dans leur saveur;
2° Dans leur couleur;
3° Dans leur consistance;
4° Dans leur odeur.

Cette différence existe le plus souvent; mais cependant les plaintes ne sont pas fondées dans la plupart des cas. Je pense donc qu'un mot sur cet objet ne sera point absolument dépourvu d'intérêt, ni déplacé dans un journal qui n'est pas seulement lu par la grande majorité des médecins et des pharmaciens, mais encore par beaucoup de personnes étrangères aux sciences médicales.

Une décoction, une infusion, une potion, un julep, etc., contiennent toujours des substances végétales ou animales qui ont la plus grande tendance à se décomposer, à se dissocier, à subir, en un mot, une fermentation quelconque. Cette tendance est d'autant plus grande que la température est plus élevée et l'humidité plus considérable. Mais cette fermentation ou cette décomposition, comme on voudra l'appeler, que doivent nécessairement subir tous les corps organiques, n'a pas lieu dans un instant; ce mouvement est, au contraire, toujours lent, gradué, progressif, et dure plus ou moins, suivant la nature du corps soumis à l'action désorganisatrice du temps et des agens extérieurs.

Il résulte de ce qui vient d'être exposé que les médicamens que j'ai énumérés, et qui sont ordinairement administrés à des intervalles réguliers, mais rapprochés, ne présentent aucune différence dans leur saveur, leur odeur, etc., tant que le médicament n'est point renouvelé. Prenons pour exemple une potion avec le sirop de pointes d'asperges, le sirop de violettes et quelques eaux distillées.

En sortant de l'officine, cette potion sera bleue, aura une saveur douce et une odeur particulière. Une heure après, la saveur et la couleur seront différentes (car on sait avec quelle facilité le sirop de pointes d'asperges fermente); deux heures après, la différence sera encore plus grande, et elle s'accroîtra heure par heure. Enfin la fermentation marchera et devra parcourir toutes ses phases. Mais le malade qui prendra une cuillerée de sa potion toutes les heures ne s'apercevra pas des changemens que le médicament aura subis, parce qu'ils seront insensibles d'heure à heure, et il arrivera à prendre la dernière cuillerée de la potion qui sera devenue, sans qu'il s'en soit aperçu, *acide* et *rouge*, ou tout au moins violette. Alors il fera renouveler la potion qui, comme la première, sera douce et bleue. De là des plaintes contre les pharmaciens, parce qu'on prendra pour objet de comparaison la dernière cuillerée de la première potion. Ces plaintes ne sont point justes; la différence est réelle et manifeste, mais elle est naturelle et nécessaire : elle tient au temps, à la chaleur et à l'électricité.

Ainsi les loochs s'épaississent ou bien ils *tournent;* le petit-lait perd de sa transparence; les décoctions d'orge, de gruau, etc., s'acidifient toujours par les mêmes causes.

La pommade d'hydriodate de potasse, qui est blanche d'abord, jaunit avec le temps; en sorte que de la pommade récente paraît différer essentiellement de la pommade ancienne, et elle en diffère réellement.

Un mélange d'eaux distillées, de sirop de Cuisinier et de carbonate d'ammoniaque, possède une saveur alcanique et une odeur caractéristique qui disparaissent l'une et l'autre avec le temps. Des pilules de crème de tartre et d'oxide d'antimoine deviennent émétiques; celles de quinquina et de sulfate de fer donnent lieu à des vomissemens de matières noires comme de l'encre. Du sulfate de soude fut renvoyé deux jours après avoir été acheté, parce qu'il était devenu opaque et blanc à sa surface : il s'était effleuri. Tout cela devait arriver et n'a rien que de très-conforme aux lois physico-chimiques.

Ces exemples, que je pourrais multiplier au besoin, prouvent que les changemens qui surviennent dans les médicamens magistraux, quoique réels, ne peuvent être attribués qu'aux agens extérieurs à l'action desquels

tous les corps de la nature sont soumis sans exception ; et ils montrent combien les malades seraient injustes s'ils imputaient au pharmacien ce qui n'est que l'effet des causes naturelles et toujours agissantes.

P.-H. Boutigny.

— *De l'absence de l'arsenic dans les tubes de verre blanc des laboratoires de chimie.* — M. Ozanam, médecin du grand hôpital de Lyon, ayant été appelé avec un autre médecin, pour examiner le cadavre d'un individu mort depuis plusieurs années, constata et déclara la présence de l'arsenic dans les matières analysées ; mais bientôt il rétracta son opinion, attribuant les molécules du poison trouvées à des parties d'arsenic qui avaient pu être incorporées dans les tubes de verre dont il s'était servi, et ramenées à l'état métallique par l'action des réactifs.

Pour fixer son opinion et celle des légistes sur cet objet important, M. Ozanam a posé les questions suivantes au ministre, qui les a fait résoudre par l'Académie de médecine.

1° Emploie-t-on l'arsenic dans la confection générale des verres en France?

2° A quel état l'arsenic se trouve-t-il dans ces verres? Est-il combiné avec la potasse, la silice et la soude qui entrent dans leur composition?

3° Les réactifs peuvent-ils le décomposer et le ramener à son état natif?

4° Lorsqu'on chauffe fortement ces tubes de verre, l'arsenic peut-il se dégager?

La commission nommée par l'Académie s'est livrée à de nombreuses expériences pour résoudre ces questions. Voici les conclusions de M. Pelletier, rapporteur de cette commission :

1° Le verre blanc, en France, ne contient pas d'arsenic, ou n'en contient que très-rarement et en très-petite quantité ;

2° Les tubes de verre dans la fabrication desquels entre 1/600e, ou même 1/500e d'oxide d'arsenic, n'en fournissent aucune trace, ni par le chauffage ni par les réactifs ;

3° On n'a pas trouvé d'arsenic dans les verres envoyés par M. Ozanam comme verres de Bohême ;

4° La commission n'a pas pu se procurer de verre à vitre de Bohême, parce qu'ils sont prohibés, et que d'ailleurs leur prix serait supérieur à ceux de France;

5° L'arsenic, employé quelquefois en très-petite quantité, se volatilise par la chaleur, et les verres n'en contiennent pas ;

6° Lorsqu'on a trouvé de l'arsenic dans les verres, c'est qu'ils n'avaient pas été chauffés à une assez haute température. Quant à la question des réactifs, leur action est nulle quand les verres sont blancs et parfaitement transparens : il n'y a pas alors d'arsenic.

M. Pelletier, sur la demande de la commission, s'est livré ensuite à d'autres expériences.

Il a tâché de fabriquer des verres arséniques en forçant la dose de l'arseniate de soude ; le verre était alors verdâtre, en partie transparent et en partie opaque. Puis il a fait fondre ce verre, et au moyen des réactifs n'a pu obtenir que des traces impondérables d'arsenic. Ainsi :

1° Il est difficile d'obtenir des verres arseniqués ;

2° Ces verres n'ont pas une transparence parfaite ;

3° Alors même, on ne trouve pas de traces d'arsenic suffisantes pour rendre compte des moindres accidens;

4° Il est impossible qu'il y ait erreur dans un empoisonnement présumé lorsqu'on a employé les précautions convenables.

Par cela seul que les verres sont transparens, ils ne contiennent pas d'arsenic, et ne peuvent donner lieu à de fausses inductions.

— Ce résultat résout une question importante de médecine légale.

DE L'HYDROCHLORATE D'AMMONIAQUE

Dans les catarrhes chroniques.

Ayant employé avec succès, depuis vingt ans, l'hydrochlorate d'ammoniaque dans le traitement de catarrhes chroniques simulant la phthisie, je crois devoir confirmer ce qui est dit à ce sujet dans la deuxième livraison du tome IV de votre excellent journal.

L'ammoniaque ne doit être donné qu'à des personnes peu pléthoriques, dans les bronchites qui simulent souvent la phthisie au premier ou second degré, et qui sont sujettes à des récidives fréquentes du catarrhe. Par ce moyen, j'ai vu guérir sans retour de ces affections qui duraient depuis nombre d'années. Voici la préparation qui m'a réussi le mieux ; elle peut varier suivant l'âge et la force des sujets :

Muriate d'ammoniaque, un gros.
Eau gommeuse, une once.
Sirop d'Althéa, une once.

Faites une potion à prendre par cuillerée à bouche, de deux en deux heures.

Deux ou trois potions ont toujours suffi. J'ajoute assez ordinairement à ce traitement trois ou quatre pastilles soufrées à prendre dans la journée. Gallice.

EXPOSÉ

SUCCINCT DE LA DOCTRINE HOMOEOPATHIQUE DU DOCTEUR SAMUEL HAHNEMANN.

. . . . « On m'accordera que la vraie médecine n'avait point été trouvée avant moi. »

. . . . « Mais, lorsque je révèle au monde cette grande découverte, je regrette d'avoir à douter que mes contemporains apprécient la justesse de ma doctrine, qu'ils se montrent observateurs scrupuleux de mes principes, et qu'ils en tirent ainsi pour l'humanité souffrante l'immense profit que peuvent s'en promettre ceux qui la suivront avec ponctualité. » (Hahnemann.)

Jusqu'à présent, ces prédictions du docteur Hahnemann, à qui de profondes convictions prêtent un langage d'inspiré, ne se sont point encore réalisées,

comme on voit ; la dernière seule peut-être, est appelée à révéler chez son auteur le don de prophétie. Nous le craignons, si nous en jugeons par l'éloignement que nous avons conçu *à priori* pour cette doctrine si étrange, éloignement qui nous semble d'ailleurs partagé par l'immense majorité des médecins. Serait-ce d'après cette réprobation générale *de sentiment*, qu'il faudrait juger de la valeur et de l'avenir de la doctrine du médecin saxon ? Non, sans doute. Souvent les hommes, comme les choses, sont d'autant plus mal appréciés d'abord, qu'ils s'éloignent davantage de la ligne commune : le temps seul fait justice des aveugles préventions. Plus connue un jour, l'homœopathie sera-t-elle accueillie avec reconnaissance ? nous ne savons ; en tous cas, ce jour-là n'est pas encore venu pour nous. Pour contribuer à hâter le moment de son triomphe ou de sa fin, il convient que nous initions aux vérités qu'elle enseigne nos nombreux lecteurs, dont le bon sens et les lumières lui rendront sans doute bonne et prompte justice.

En est-il beaucoup parmi eux qui connaissent la doctrine homœopathique, cette *grande découverte*, ainsi que l'appelle son auteur ? De nom, oui ; mais quant au fond, très-peu probablement ; et pourtant il y a bientôt trente ans que les bases en ont été conçues et développées dans le journal de Hufeland ; il y en a vingt que la première édition de l'*Organon de la médecine rationnelle* a paru. Depuis seize ans, il existe une traduction en français de cet ouvrage, et un assez grand nombre de travaux pour ou contre la doctrine ont été publiés en Allemagne par l'élite de ses médecins ; des feuilles périodiques même ont paru à Dresde et plus tard à Genève, ayant pour unique but d'en propager les principes. Sans la nouvelle traduction des ouvrages d'Hahnemann, que vient de nous donner M. Jourdan, la majorité des médecins français était peut-être destinée à apprendre en même temps et l'existence et la mort de l'homœopathie. Mais, grâce à sa nouveauté et plus encore à sa bizarrerie, cette doctrine commence à fixer chez nous l'attention ; elle compte même, dit-on, de chauds partisans, et ne tardera pas à être bien connue.

Tout réformateur sent d'acord le besoin de se faire écouter ; il parle donc haut et ferme : c'est ainsi que fait Hahnemann, Puis, pour atteindre la vérité là où son imagination la lui montre, il prend à deux mains la sape et le marteau, et, donnant le nom de préjugés à chaque obstacle qu'il rencontre, il brise, renverse tout jusqu'aux jalons qui, depuis des siècles, indiquaient le chemin. Il croit, après avoir ainsi nivelé son terrain, n'avoir plus qu'à marcher ; il marche, en effet ; mais souvent il se trouve, à la fin de sa carrière, bien loin de la vérité et en présence de l'absurde.

Ainsi que ses prédécesseurs en réforme, Hahnemann a donc cru devoir commencer par battre en brèche ce qu'il appelle la vieille médecine, et y substitue sa vraie médecine, qui n'avait point été encore trouvée avant lui. Voici sur quels principes elle repose :

Chaque maladie (1) suppose un changement dans l'organisme qui s'annonce à nous par le développement des symptômes morbides, mais dont nous ne pouvons connaître l'essence, qui est insaisissable. Or, cette cause essentielle étant inappréciable, *la somme des symptômes est* donc la principale chose que le médecin doive connaître pour guérir ; *elle seule* doit fournir les indications. Le retour à la santé doit être la conséquence de la disparition des symptômes, attendu que la modification organique intérieure non visible est intimement liée aux symptômes, de telle sorte que l'un ne peut ni subsister, ni tomber sans l'autre. Il en résulte que le médecin n'a qu'à enlever la somme de symptômes pour faire disparaître simultanément le changement intérieur du corps, c'est-à-dire pour anéantir la maladie elle-même.

Les médicamens guérissent, parce qu'ils ont la faculté de changer l'état de l'homme modifié par la maladie. Cette *vertu spirituelle* de ces agens ne saurait être déduite de leurs qualités physiques ni de leur composition chimique ; elle ne peut être connue et appréciée que par l'observation des effets qu'elle produit sur l'économie chez l'homme bien portant. Il faut donc s'en tenir aux accidens morbides que les médicamens provoquent dans le corps sain, pour apprendre à l'égard de chacun d'eux quelle maladie il peut produire, et, par suite, quelle maladie il est en état de guérir.

Les médicamens ne prennent le caractère de remèdes et ne sont capables d'anéantir les maladies qu'en excitant une certaine maladie artificielle, un ensemble de symptômes semblables à ceux de l'affection naturelle qu'on veut guérir. Ce phénomène repose sur cette loi naturelle de l'homœopathie, « *qu'une affection dynamique dans l'organisme vivant est éteinte d'une manière durable par une autre plus forte, quand celle-ci, sans être de même espèce qu'elle, lui ressemble beaucoup dans la manière de se manifester.* Quoique peu partisan, dit-il des explications, voici comment l'auteur se rend compte de ces effets : « Toute maladie qui n'appartient pas à la chirurgie n'étant qu'une altération purement dynamique de la force vitale, relativement à la manière dont s'accomplissent les sensations et les actions, altération qui s'exprime par des symptômes susceptibles de frapper les sens, l'agent médicinal homœopathique la convertit en une maladie médicale fort analogue et un peu plus intense. La puissance morbifique préexistante, qui n'était qu'une force sans matière, a donc cessé par-là d'exister, tandis que la maladie médicinale qui l'a remplacée, étant de nature à ce que la force vitale triomphe d'elle, s'éteint aussi de son côté, laissant dans son état primitif d'intégrité et de santé l'être ou la substance qui anime ou conserve le corps. »

Les maladies n'étant connues que par leurs symptômes et les médicamens que par leurs *effets purs* (ceux qui résultent de leur emploi chez l'homme en santé),

(1) L'auteur entend par maladie, « non pas un changement mécanique ou chimique de la substance matérielle du corps, ni le produit d'un principe morbifique matériel, mais uniquement une altération spirituelle ou dynamique de la vie. » Cette définition, comme on voit, pourrait être plus satisfaisante.

le principe général du traitement doit donc être cherché dans le rapport qui existe entre les symptômes de ces dernières et ces effets. Or, il n'y a que trois rapports possibles entre les uns et les autres : *l'opposition*, *l'hétérogénéité* et la *similitude*. Par conséquent, il ne peut y avoir que trois méthodes thérapeutiques, savoir: 1° la méthode *antipathique* ou *hétéropathique*, celle qui emploie des médicamens dont les effets purs sont opposés aux symptômes de la maladie à combattre (*contraria contrariis*); 2° la méthode *allopathique*, ou palliative, la plus généralement employée, et qui consiste à se servir de médicamens dont les effets pacifiques sont seulement différens des symptômes de l'affection naturelle; 3° la méthode *homœopathique*, suivant laquelle on a recours à des substances médicinales qui déterminent dans le corps des symptômes semblables à ceux de la maladie (*similia similibus*). Selon Hahnemann, la dernière seule a une efficacité entière et constante, douce et prompte. La première n'est que palliative et incapable de guérir une affection chronique; la seconde ne peut pas non plus être curative, ses résultats varient : si les effets du médicament sont moins intenses que les symptômes naturels, la maladie ne sera point modifiée, s'ils ont une égale énergie, la maladie, suspendue pendant la durée du traitement, reparaîtra quand celui-ci cessera, à moins qu'elle n'ait achevé son cours naturel; enfin, si l'on continue long-temps l'emploi des remèdes énergiques, il peuvent donner lieu à une complication de deux états morbides, l'un naturel, l'autre provenant du traitement.

La méthode homœopathique étant basée sur la connaissance des rapports qu'ont entre eux les symptômes de la maladie et ceux que produisent les médicamens eux-mêmes sur l'économie, le médecin doit donc avoir des notions parfaitement exactes sur les uns et les autres. On conçoit combien cette étude peut offrir de difficulté : étudier les effets de *tous* les médicamens à doses diverses sur des hommes dont les dispositions organiques sont si différentes et si variables, même dans cet état qu'on appelle la santé; analyser les nombreux symptômes qu'ils développent (on en compte plus de 900 pour la noix vomique); distinguer parmi ces phénomènes ceux qui sont propres à chaque médicament, ceux qui apparaissent constamment, de ceux qui ne sont qu'accidentels et tiennent à des causes toutes personnelles, fugitives, inappréciables. Cependant il faut, dit Hahnemann, que les symptômes morbides et les altérations de la santé, qui sont susceptibles de survenir par l'action de chaque médicament sur l'économie, aient été *tous* observés, avant qu'on puisse espérer d'être en état de trouver et choisir parmi eux des remèdes homœopathiques convenables contre la plupart des maladies naturelles. On ne peut arriver à ce but qu'en essayant séparément chaque médicament à des doses modérées et sur des personnes saines, afin d'avoir des *effets purs*, c'est-à-dire appartenant uniquement au médicament, et en notant quels changemens résultent de leur emploi dans l'état du physique et du moral, ou, en d'autres termes, quels élémens de maladie ces substances sont capables de produire. Cette étude, si l'on en croit l'auteur, n'est pas impossible ni aussi difficile qu'on le croirait au premier abord. Nous ne dirons pas ici comment le médecin doit y procéder; nous renvoyons pour cela le lecteur qui se sentira de la vocation pour l'homœopathisme à l'ouvrage de Hahnemann. Mais nous allons tracer quelques-uns des préceptes relatifs à la meilleure manière d'appliquer ces puissances morbifiques (médicamens) à la guérison de maladies.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, celui d'entre les médicamens dont les symptômes (langage de l'auteur) ont le plus de ressemblance avec la totalité de ceux qui caractérisent une maladie naturelle donnée; celui-là, disons-nous, doit être le remède le mieux approprié, le plus certainement homœopathique qu'on puisse employer contre cette maladie; il en est le remède *spécifique*. Quand l'application de ce médicament homœopathique a été bien faite, la maladie, quelque maligne et douloureuse qu'elle puisse être, se dissipe en peu d'heures si elle est récente, et en un petit nombre de jours, si son existence date déjà d'un temps éloigné; on aperçoit à peine quelques symptômes nouveaux de la maladie artificielle provoquée par lui, et la santé se rétablit par une transition rapide, quoiqu'insensible. Hahnemann explique ainsi la prompte et sûre efficacité du remède jointe à son innocuité, et à l'absence de tout phénomène autre que ceux qui appartiennent à la maladie naturelle : chaque médicament, dit-il, étant donné à des doses très-faibles, il ne saurait agir sur les parties exemptes de maladie avec assez d'énergie pour produire les symptômes nombreux qui lui sont propres, mais qui ne correspondent à rien dans la maladie présente : tandis qu'en vertu de sa puissance homœopathique, il peut atteindre les points de l'organisme qui sont déjà en proie à l'irritation résultant des symptômes de la maladie naturelle, et aura assez de force pour éteindre celle-ci en y suscitant une affection médicinale.

La force d'une impression que reçoit un organe étant d'autant plus grande que la sensibilité de cet organe est plus exaltée, et la maladie consistant surtout dans un accroissement de la sensibilité, le remède aura donc une action d'autant plus salutaire sur cet organe souffrant, auquel il doit se rendre et où il provoquera de nouveaux symptômes, que sa dose sera plus fractionnée : une dose plus forte ne saurait être que nuisible. Cette puissance des médicamens sur les organes n'est pas due uniquement à l'état de maladie de ceux-ci, mais encore à un changement physique, à un développement d'énergie que le frottement produit dans la substance médicinale. En effet, la préparation des remèdes homœopathiques ne consiste pas seulement à mêler plus ou moins imparfaitement une petite quantité d'un médicament avec un liquide non médicamenteux, mais bien à diviser à l'infini cette substance à l'aide du frottement plus ou moins long-temps continué et à la répartir uniformément dans le liquide qui lui sert de véhicule. Suivant l'auteur, le frottement exerce sur les médicamens une telle exaltation des vertus dynamiques dont ils jouissent que des substances auxquelles on n'avait jamais reconnu de propriétés médicinales acquièrent par-là une énergie surprenante. Nous ne savons jusqu'à quel point cette exaltation de la force des médicamens peut-être exaltée jusqu'à l'infini par le frottement; mais en vérité on croit rêver quand on lit ce qui suit : « La personne la plus sensible peut prendre plusieurs grains d'or battu, d'argent en feuilles ou

de charbon, sans en éprouver le moindre effet médicinal. Mais du broiement continué pendant une heure d'un grain d'or avec cent grains de sucre de lait en poudre, résulte une préparation qui a déjà beaucoup de vertu médicinale. Qu'on en prenne un grain, qu'on le broie encore pendant une heure avec cent grains de sucre de lait, et que l'on continue ainsi jusqu'à ce que chaque grain de la dernière préparation contienne un quadrillionième de grain d'or, on aura alors un médicament dans lequel la vertu médicinale de l'or sera tellement développée, qu'il suffira d'en prendre un grain, de le renfermer dans un flacon, et de le faire respirer quelques instans à un mélancolique, chez lequel le dégoût de la vie est poussé jusqu'au point de conduire au suicide, pour qu'une heure après ce malheureux soit délivré de son mauvais démon et ait repris le goût de la vie. « ..... Une goutte de *drosera*, au trentième degré de dilution, à chacun desquels elle a été secouée vingt fois, met en danger la vie d'un enfant atteint de coqueluche, à qui on la fait prendre; tandis que, quand on a donné deux secousses seulement à chaque flacon, il suffit d'une dragée de la grosseur d'une graine de pavot qu'on en imbibe pour procurer une guérison prompte et facile (1). »

On ne doit administrer qu'une seule substance médicamenteuse à la fois. On conçoit en effet qu'en les mélangeant, il serait impossible de déterminer avec exactitude de quelle manière ces divers agens se modifient réciproquement. Il importe également que ces remèdes soient extraits de substances médicinales aussi pures que possible, et la meilleure préparation qu'on puisse leur faire subir est celle de solution, soit alcoholique, soit aqueuse, à moins que leur nature n'exige impérieusement qu'on les administre en poudre. Toutes les autres formes, comme celles de pilules, d'électuaires, etc., doivent être rejetées, parce qu'elles rendent l'action des médicamens très-incertaine.

Quant au degré d'exiguité qu'il convient de donner aux doses de remèdes homœopathiques pour procurer une guérison aussi douce que prompte, voici ce que nous apprend Hahnemann. Les expériences *pures* c'est-à-dire faites sur l'homme sain, apprennent que, quand la maladie ne dépend pas manifestement d'une altération profonde d'un organe important, la dose du remède ne saurait être jamais assez faible pour le rendre inférieur en force à la maladie naturelle qu'elle peut éteindre et guérir, tant qu'elle conserve l'énergie nécessaire pour provoquer, immédiatement après avoir été prise, des symptômes un peu plus intenses que les siens; et qu'on ne croie pas, disent les homœopathistes, que cet état d'atténuation du médicament finisse par rendre l'action de celui-ci illusoire. Il n'y a pas un homme, quelque robuste qu'il soit, qui, atteint même seulement d'une maladie chronique ou de ce qu'on appelle un mal local, n'éprouve bientôt un changement favorable dans la partie malade, après avoir pris le remède homœopathique à la plus petite dose possible, qui, en un mot, n'éprouve, par l'effet de cette substance, une impression supérieure à celle qu'elle ferait sur l'enfant né depuis vingt-quatre heures. Pour diminuer la force d'un médicament, il suffit d'en diminuer le volume de la dose, c'est-à-dire que, quand au lieu de faire prendre une goutte de teinture étendue on ne donne qu'une fraction de la goutte, le but est atteint; car le volume de la dose ayant été diminué, il s'ensuit qu'elle doit toucher moins de nerfs de l'organisme vivant, et que ceux sur lesquels elle entre en contact communiquent bien également la vertu du remède au corps entier, mais la lui transmettent à un degré beaucoup plus faible.

Ne pouvant donner ici les diverses notions relatives à la préparation des médicamens homœopathiques, à leurs dénominations ni à leur conservation, nous dirons au moins quelques mots de leur mode d'administration; ce qui paraîtra assez curieux à tout médecin qui n'est point de la doctrine. La plupart des substances médicinales s'administrent sous la forme de poudre. Pour cela, on mêle une quantité déterminée du médicament avec une certaine quantité de sucre de lait (excipient préférable à tous les autres, parce qu'il ne jouit d'aucune puissance homœopathique). Lorsque, par une raison quelconque, on veut donner le médicament sous forme liquide, on fait tomber la goutte de la substance médicinale dans un petit flacon de la capacité de vingt gouttes au plus; on y ajoute dix gouttes d'eau distillée, et on fait prendre le tout en une seule fois; et si l'on veut administrer une petite fraction d'une goutte, on a recours au procédé suivant indiqué par Hahnemann : On fait préparer des globules de sucre et d'amidon de la grosseur d'une graine de pavot, dont il faut communément deux cents environ pour peser un grain; on les imbibe de la substance médicinale, au moyen d'un bouchon qu'on a humecté lui-même en renversant le flacon; on les mêle avec le sucre de lait, et on fait prendre le tout au malade. Ces globules peuvent être conservées fort long-temps sans perdre de leur puissance, et il est facile d'indiquer au pharmacien la dose qu'on jugera nécessaire. Cette dose sera indiquée dans un formule semblable au modèle que voici (2).

Prenez : Belladone, x (un décillionième) 2/viij (un dix milléoctillionième).
Globuli saccharini, n° ij, iij, iv, vj, x, xij, etc.
Sacchar. lact., gr. iij.
M. S.

On prend le nombre prescrit de globules saccharins. et on les mêle avec le sucre de lait, après les avoir im-

(1) Je trouve, dit Hahnemann, qu'une seule goutte de teinture de quinquina étendue pour ne contenir que la quadrillionième partie 1/1,000000,000000,000000 d'un grain, est une dose souvent même trop forte, mais constamment suffisante pour opérer tout ce que le quinquina peut produire en pareil cas, et qu'il est fort rare qu'on soit obligé d'en faire prendre une seconde au malade pour procurer la guérison.

(2) Le premier chiffre indique le degré de dilution de ces substances, et le second la dose que doit prendre le malade. Les chiffres arabes désignent les centièmes et les millièmes, et les chiffres romains les millionièmes.

bibés de la dilution prescrite, en suivant le procédé qui vient d'être indiqué.

Bien que nous nous proposions de donner dans un prochain article, comme complément du tableau de la doctrine homœopathique, un exposé de la partie expérimentale, nous croyons devoir terminer celui-ci par présenter au moins un exemple des guérisons homœopathiques, rapportées par Hahnemann dans la crainte vraiment qu'on ne soit tenté de regarder ce qui précède comme une longue mystification. On jugera mieux d'ailleurs de ce nouveau mode de pratique médicale.

» Un homme débile, pâle, âgé de quarante-deux ans, qui passait sa vie à écrire, vint me trouver le cinquième jour de sa maladie.

» 1° Le premier soir, sans cause connue, il avait eu des maux de cœur, et des vertiges, avec de fréquens hauts-de-corps, 2° la nuit suivante (deux heures), vomissement de matières aigres ; 3° la nuit d'ensuite, il éprouva de violens hauts-de-corps ; 4° le jour de la visite, rapports d'une saveur et d'une odeur désagréables ; 5° il semblait au malade que les alimens fussent crus et indigérés dans son estomac ; 6° la tête embarrassée et sensible ; 7° le moindre bruit l'importunait ; 8° caractère doux, calme et patient.

» Quelques médicamens occasionnent des vertiges avec des maux de cœur, comme la pulsatille, qui les détermine aussi le soir, particularité propre à un très-petit nombre seulement d'autres. — La pomme épineuse et la noix vomique excitent des vomissemens aigres et une sécrétion muqueuse d'odeur acide, mais non pendant la nuit. La valériane et la coque du Levant font vomir la nuit, mais non les matières acides. Le fer seul cause des vomissemens la nuit, et peut en occasioner d'acides ; mais il ne produit pas les autres symptômes qui doivent être pris ici en considération. — La pulsatille, non-seulement excite des vomissemens la nuit, mais encore les autres symptômes offerts par le malade. — Les hauts-de-corps pendant la nuit sont propres à ce médicament. Les rapports fétides, putrides, acides lui appartiennent également. — Peu de médicamens font naître un sentiment semblable à celui que produirait la présence de matières indigestes dans l'estomac ; mais aucun ne le fait d'une manière aussi complète et aussi frappante que la pulsatille. — Le symptôme sixième est produit par la pulsatille, ainsi que la fève de Saint-Ignace ; mais celle-ci ne détermine pas les autres. — La pulsatille occasionne quelque chose de semblable au symptôme septième, de même qu'un excès de sensibilité des autres organes des sens, par exemple de la vue. Quoique la difficulté de supporter le bruit résulte aussi de la noix vomique et de la fève de Saint-Ignace, ces substances le produisent à un moindre degré et n'excitent pas les autres symptômes. La pulsatille offre, sous le rapport du huitième symptôme, un état semblable du moral.

» Le malade ne pouvait dont être guéri plus facilement, plus certainement, et d'une manière plus durable, par aucune substance autre que la pulsatille. Je la lui prescrivis sur-le-champ; mais, à cause de sa faiblesse, je n'en donnai qu'une très-petite dose, c'est-à-dire une demi-goutte de la quadrillionième partie d'une forte goutte de suc exprimé. Le remède fut pris dans la soirée.

» Le lendemain, l'homme n'éprouvait plus aucune incommodité, sa digestion était rétablie; et huit jours après, quand je le revis, rien n'avait encore reparu chez lui. »

Dans un autre article, nous ferons connaître la pathologie de l'auteur.

DU TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE

CONSIDÉRÉ DANS SES DIVERSES VARIÉTÉS.

Il est peu d'inflammations aiguës de la peau qui se manifestent dans des circonstances et sous l'influence de causes plus variées que l'érysipèle. Sans nous arrêter à décrire cette maladie, et sans discuter la question de savoir si l'on doit la rattacher aux bulles ou aux exanthèmes, ou plutôt la classer avec M. Alibert au nombre des dermatoses exémateuses, examinons successivement quels modes de traitement sont spécialement applicables aux cas divers dans lesquels un érysipèle peut survenir.

Et d'abord, l'érysipèle est-il une maladie à laquelle il faille, dans tous les cas, opposer des moyens thérapeutiques? L'expérience répond que, lorsqu'il est simple, peu étendu, ne donnant lieu qu'à une réaction fébrile modérée, il convient d'en abandonner le traitement à la nature. Dans ce cas, en effet, la meilleure médecine est l'expectation. Cette règle n'est pas seulement applicable à l'érysipèle simple, elle l'est aussi à la rougeole, la scarlatine, la variole bénigne et régulière, qui, devant nécessairement parcourir leurs périodes et durer un temps, accomplissent régulièrement leur marche sous la simple influence du repos, d'une chaleur modérée et de boissons délayantes. Mais, en général, les cas sont moins nombreux que ceux où se rencontrent les indications d'une thérapeutique agissante. Pour mettre un certain ordre dans leur énumération, passons en revue la plupart des causes sous l'influence desquelles apparaît l'érysipèle, et rattachons à chacune les indications particulières qu'elles peuvent présenter.

1. L'érysipèle de cause externe, tel que celui produit par l'insolation, par le contact de substances âcres et pulvérulentes, par la piqûre d'un insecte, par des frictions avec une pommade ou une mixture irritante, ne réclame que l'éloignement de la cause productive des lésions sur la partie malade, soit pour la nettoyer, soit pour y entretenir une fraîcheur salutaire ; une alimentation légère et quelque boisson délayante. Les érysipèles de ce genre sont ceux où les applications topiques froides sont les mieux indiquées, et offrent aussi des avantages qu'il est facile d'apprécier, en ayant égard à la cause.

2. L'érysipèle résultant d'une sympathie morbide exercée de l'estomac à la peau par l'ingestion dans le ventricule de certains alimens, ne réclame qu'un peu d'absence et de repos, lorsque les alimens ont été rejetés par le vomissement, ou si, leur digestion étant opérée, il ne reste plus que le phénomène sympathique

déterminé par leur présence, et qui ne tardera pas à disparaître.

3. L'érysipèle peut être symptomatique, en ce sens qu'il se développe parfois sous l'influence d'une cause irritante agissant sur une partie voisine des tégumens, qui deviennent à cette occasion le siége d'une fluxion érysipélateuse. C'est ainsi que nous avons vu une gousse d'ail, introduite dans le fonds du conduit auditif externe, déterminer un érysipèle des plus graves, qui, de l'oreille, s'étendit à la face, au cuir chevelu et à presque tout le corps. Un corps étranger, agissant comme irritant local, peut donc donner lieu à l'érysipèle, et, dans ce cas, la curation de celui-ci consiste à extraire cette cause première de tous les accidens. La médecine des symptômes est ici, sinon inutile, au moins inefficace. Dans le cas rapporté tout-à-l'heure, cas dans lequel le corps étranger ne fut reconnu qu'à l'ouverture du cadavre, les moyens les plus énergiques, la médecine la plus active, avaient été employés; et leur insuffisance fut assez bien expliquée par la persistance de la cause productive des accidens. Toutefois, en supposant qu'on fût assez heureux pour reconnaître et détruire au début de la maladie la cause locale qui le détermine, il peut se faire que les accidens soient assez graves déjà pour être combattus activement; et, dans ce cas, les moyens à employer étant à peu près les mêmes que ceux qu'on dirigerait contre l'érysipèle idiopathique, nous renvoyons à ce que nous dirons au sujet de ce dernier.

L'érysipèle est encore dit symptomatique quand il apparaît dans le cours ou vers le déclin d'une maladie antérieure, et que son apparition est une conséquence, sinon inévitable et nécessaire, au moins habituelle et fréquemment observée, de la condition actuelle du malade. C'est ainsi que, chez les phthisiques arrivés au dernier degré, dans les fièvres graves, dans les cas de résorption purulente, dans les affections cancéreuses qui ont conduit les malades au déclin fatal, on voit souvent apparaître un érysipèle, soit à la face, soit au tronc, soit aux membres. Cet érysipèle ultime, qu'il soit le résultat d'une dernière et impuissante réaction de l'organisme vers l'extérieur, qu'il naisse d'une irritation directe, dont la faiblesse du malade ne fait qu'accroître l'intensité; cet érysipèle, disons-nous, ne peut, en général, être attaqué par des moyens actifs. Les émissions sanguines ne sont pas indiquées chez ces malades déjà si affaiblis. Quant aux purgatifs, l'existence d'une diarrhée colliquative, trop fréquente en pareille circonstance, est un obstacle à leur emploi. Toutefois, si l'état du malade n'était pas tellement désespéré que toute thérapeutique, si rationnelle qu'elle pût être, devint alors, par le fait, d'une inutilité complète, ce serait le cas d'appliquer au centre de la surface érysipélateuse un vésicatoire, en même temps qu'on aurait recours aux révulsifs vers les extrémités.

4. L'érysipèle traumatique, et par conséquent symptomatique, d'une plaie, d'une blessure, d'une contusion, d'une fracture avec dilacération des parties molles, doit être mentionné ici. Dans les plaies récentes, c'est ordinairement du quatrième au sixième jour de l'accident qu'on voit apparaître cet érysipèle. Il s'accompagne parfois d'un gonflement considérable, gonflement qui souvent lui préexistait et qu'il ne fait qu'augmenter. Très-souvent aussi il est compliqué de symptômes gastriques qu'il ne faut pas négliger. Le traitement de cet érysipèle réclame donc des moyens généraux. La pratique générale, relativement aux premiers, est assez variable; on a souvent eu recours aux sangsues posées en grand nombre, soit autour de l'érysipèle, soit sur la face érysipélateusse elle-même. Desault conseillait et recommandait en pareil cas des cataplasmes émolliens, pourvu qu'on eût soin qu'ils ne débordassent pas la surface contuse ou les limites de la plaie. Ce moyen est encore fréquemment employé, et d'autres préfèrent l'application de compresses trempées dans une solution d'acétate de plomb, ou dans une décoction émolliente ou un peu aromatique, telle que l'eau de guimauve ou l'eau de sureau. Il n'est pas indifférent d'avoir indistinctement recours à l'un ou l'autre de ces moyens. Les sangsues peuvent bien, au début de l'érysipèle et appliquées en grand nombre, diminuer la rapidité de ses progrès, et ceux du gonflement inflammatoire de sa partie; car, on doit, autant que faire se peut, éviter la formation de ces vastes abcès, trop souvent consécutif à l'érysipèle traumatique. Les cataplasmes diminueront l'excessive sensibilité sans hâter la terminaison de l'érysipèle ou sa résolution plus prompte. Un de leurs inconvéniens est de se sécher sur la surface enflammée qu'ils recouvrent; c'est pourquoi on leur préfère souvent des fomentations avec un mucilage épais de guimauve ou de graine de lin. Au lieu de ces substances purement relâchantes, certains praticiens, et les Anglais surtout, préfèrent les cataplasmes préparés avec la poudre d'anis, de fenouil, de fleurs de camomille, et une égale quantité de mie de pain ou de farine de lin. M. Larrey blâme également, et les émolliens qu'il accuse d'augmenter en général l'engorgement et l'asthénie des parties, et les répercussifs et les rubéfians, qui exaltent et propagent l'inflammation, et les sangsues qui, selon lui, sans diminuer l'engorgement pathologique, pompent un sang nécessaire au malade, le débilitent et l'exposent, en raison de la stupeur dans laquelle se trouvent les parties engorgées, à une gangrène consécutive, dont il est souvent très-difficile d'arrêter les progrès. Il propose en conséquence de substituer à ces moyens le cautère actuel, appliqué si légèrement et si promptement qu'à peine le malade a-t-il la conscience de la brûlure légère et superficielle produite par le bouton de feu. Telle est, au reste, l'habileté et la rapidité avec lesquelles M. Larrey manie le cautère actuel, qu'il dit avoir pratiqué sur le membre droit d'un canonnier cinquante cautérisations de ce genre en six secondes; c'est à peine, en vérité, si la pensée peut suivre ce mouvement rapide. Quoi qu'il en soit, les effets produits par cette cautérisation rapide et superficielle sont de faire disparaître la chaleur et la douleur que le malade éprouvait dans toute la partie enflammée, puis la rougeur et le gonflement, de rétablir le flux purulent de la plaie, s'il était supprimé. Les parties brûlées se détachent par petites écailles sèches, et ne laissent pas même de cicatrices sensibles. (Clin. chir., t. I, 65.)

Quant aux moyens généraux dans l'érysipèle qui se manifeste à la face et au cuir chevelu à l'occasion des

plaies de tête, on doit recourir à la saignée du bras et du pied, et même y revenir, suivant la force du sujet. C'est par ce moyen qu'il convient de débuter; et certes, si jamais la saignée est utile dans l'érysipèle, c'est à coup sûr pour les cas dont il est question. L'état des voies digestives doit être alors aussi soigneusement interrogé. Les vomitifs, dans les cas d'embarras gastrique, offriraient un avantage incontestable, si d'un autre côté l'état de la tête et le mouvement fluxionnaire vers le cerveau, déterminé par les efforts du vomissement, ne venaient inspirer au praticien une juste crainte sur l'emploi de ce moyen. Les purgatifs nous paraissent donc, en ce cas, remplir à peu près la même indication sans avoir les mêmes inconvéniens. La décoction de tamarin, les sels neutres dissous dans le bouillon de veau, le calomel, nous paraissent ici mériter la préférence sur les substances huileuses, grasses ou résineuses. Cette dérivation sur le canal intestinal doit être modérément entretenue, car elle supplée à sa manière aux émissions sanguines, auxquelles on ne peut recourir trop souvent sans jeter les malades dans un état de faiblesse toujours nuisible à la convalescence. Enfin, l'on ne saurait trop entretenir dans un état de propreté les plaies autour desquelles un érysipèle est survenu. Il ne faut pas craindre alors de réitérer les pansemens; car, s'il est convenable en général de ne pas trop fatiguer la plaie ou les blessures en renouvelant sans cesse les pièces de l'appareil qui les recouvre; si le pus de bonne nature qui humecte leur surface est un liquide jusqu'à un certain point utile, dont il ne faut pas à chaque instant chercher à dessécher la source; il n'en est pas de même quand il y a complication d'érysipèle; et il vaut mieux alors panser trois ou quatre fois qu'une dans les vingt-quatre heures.

5. L'érysipèle critique est assez rare, comme le sont, au reste, les maladies ou les phénomènes morbides accidentels, qui viennent d'une manière bien tranchée, opérer par leur apparition soudaine, la solution d'une maladie antérieure. Cependant les auteurs contiennent quelques exemples de ce genre. Frank, dans ses *Institutiones clinicæ*, rapporte un cas où un érysipèle à la face vint tout-à-coup faire cesser une encéphalite. Ce serait ici le lieu de rappeler l'aphorisme d'Hippocrate : *Erysipelas foras effusum, intro verti minime bonum, ab interioribus foras, bonum;* ne fût-ce que pour faire observer que très-probablement, ainsi que l'admettait ce grand observateur, l'érysipèle n'est pas seulement propre à la peau, mais qu'il peut aussi affecter les organes intérieurs. Hippocrate admettait, comme on sait, l'érysipèle de la matrice, des poumons. On voit assez souvent des individus succomber à des accidens cérébraux simulant l'encéphalite, la méningite, sans trouver la moindre altération à l'ouverture du cadavre; mais ne voit-on pas aussi la rougeur et la tuméfaction érysipélateuses de la peau disparaître et s'affaisser après la mort? Il pourrait donc bien se faire que plusieurs érysipèles réputés critiques ne fussent que métastatiques, et que la guérison des malades fût le résultat de cette métastase favorable.

Quoi qu'il en soit, il est des érysipèles qu'on peut, qu'on doit même considérer comme vraiment critiques; ceux-là, en général, doivent être respectés, à moins qu'une indication formelle ne se présente d'enrayer leurs progrès. Lutter contre eux serait lutter contre l'effort salutaire de la nature, qui, si elle n'est pas toujours médicatrice, l'est au moins quelquefois à elle seule et mieux et plus efficacement que la médecine. En voici un notable exemple qui a été observé par le M. docteur Miquel, rédacteur en chef de ce journal : une jeune fille de quinze à seize ans, fut reçue, en 1828, dans les salles de clinique de la Charité avec une pleurésie aiguë du côté gauche. Les saignées, les sangsues, les ventouses scarifiées, ne purent triompher de la maladie, qui passa à l'état chronique. L'épanchement remplissait, depuis plus de quinze jours, tout le côté de la poitrine; celui-ci avait pris un grand développement : le son y était mat, la respiration nulle. La malade était arrivée au dernier degré de faiblesse et de dépérissement, et l'on jugeait sa mort prochaine, lorsqu'un érysipèle se développa autour de la plaie d'un séton placé sur le côté de la poitrine correspondant à l'épanchement. Cet érysipèle envahit successivement tout le tronc. On ne chercha point à interrompre ses progrès, et aucune médication ne fut employée. Quel fut l'étonnement de voir, sous son influence, l'épanchement se résorber graduellement, et finir par disparaître! il avait résisté à tous les moyens énergiques de l'art.

Il nous reste maintenant à parler de l'érysipèle idiopathique et des divers traitemens qui lui ont été appliqués, tels que les frictions mercurielles, la cautérisation, etc. C'est ce que nous ferons dans le prochain article.

J.-C. Sabatier.

RÉSECTION

DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DU FÉMUR.

Réflexions sur ce sujet,

Par M. Seutin, médecin en chef de l'armée belge (1).

Le nommé Lizieux, grenadier au deuxième bataillon du vingt-cinquième régiment de ligne, fut transporté, dans la soirée du 6 décembre 1833, de l'ambulance de Berchem à l'hôpital militaire d'Anvers, pour un coup de feu à la partie supérieure de la cuisse droite.

Le pansement étant fait, le malade fut couché, le jarret reposant sur un coussin triangulaire, la cuisse et la jambe demi-fléchies. Le 7, je fis prier M. Zinck, chirurgien en chef de l'armée du nord, et M. Forget, chirurgien-major de l'ambulance de Berchem, de se rendre à l'hôpital pour m'aider de leurs conseils dans un cas aussi grave.

---

(1) Il a été question de cette opération dans la relation chirurgicale du siége de la citadelle d'Anvers, par M. Paillard, mais jusqu'ici l'opinion de M. Seutin lui-même, ni les motifs qui l'ont déterminé à pratiquer cette opération, n'ont été publiés nulle part. Nous remercions cet habile chirurgien d'avoir choisi notre journal pour les faire connaître. (*Note du rédacteur.*)

Le premier de ces messieurs ne put y venir que le lendemain vers midi. Alors la plaie fut explorée de nouveau. Nous reconnûmes qu'un projectile de moyenne dimension (biscaïen) avait broyé le col et l'extrémité supérieure du fémur, étant entré à la partie inférieure et externe du grand trochanter et sorti dans le pli de la cuisse, derrière la partie supérieure du muscle droit interne.

Les parties molles étaient fort peu intéressées, aucune artère notable lésée, l'état-général du malade satisfaisant; la blessure n'offrait que deux ouvertures d'un pouce et demi de circonférence, sans altération d'aucun organe important; l'état de commotion dans lequel se trouvait le blessé à son entrée avait disparu; il conservait néanmoins un teint jaune et une figure grippée. On pouvait, dans ce cas, opter entre la résection de l'extrémité supérieure du fémur et l'extirpation du membre. Les motifs mentionnés ci-dessus firent préférer la première de ces opérations.

Pour l'exécution, je pratiquai une incision parallèle à l'os de la cuisse, commençant à un pouce au-dessus et un peu au devant de la plaie externe, s'étendant jusqu'à trois pouces au-dessous de cette même ouverture. Dix à douze esquilles, plus ou moins volumineuses, furent extraites avec facilité. La tête du fémur, tout-à-fait privée de son col et n'offrant pas d'éminence qui pût donner prise ou servir de levier, fut retirée avec plus de peine de sa cavité cotyloïde. Le membre fut porté dans une forte adduction; on vit saillir à travers l'ouverture de la plaie le fragment inférieur cassé en biseau; il fut dégarni de ses attaches musculaires et réséqué, ayant garanti les chairs de l'action de la scie.

Aucune artère de gros calibre ne dut être liée.

La plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives, en laissant vers sa partie inférieure un écartement d'un pouce environ, pour donner issue à la suppuration; je n'employai qu'un simple baudage contentif; le membre fut posé dans une gouttière en carton, que j'avais fait confectionner à cette fin. Par la rétractation musculaire, la cuisse était raccourcie de quatre pouces au moins, et l'extrémité réséquée était remontée vers la cavité cotyloïde. Le pied fut maintenu d'une manière convenable à l'extrémité de la gouttière.

Le blessé supporta courageusement cette opération après laquelle il se trouva dans un état satisfaisant.

Le 9. La nuit a été assez calme, le malade a un peu dormi; un potion calmante est administrée. Vers le soir, l'opéré souffre beaucoup.

Le 10. La nuit a été très-agitée. Un écoulement abondant de liquide ichoreux et sanguinolent oblige à renouveler quelques pièces de l'appareil. Le pansement a beaucoup fatigué le malade; le soir, il accuse de violentes douleurs; les calmans sont sans effet.

Le 11. L'état du blessé laisse peu d'espoir; le membre est devenu emphysémateux, les symptômes s'aggravent.

Le 12. La plaie a un aspect livide; elle répand une odeur de gangrène; la facies est décomposé, et Lizieux expire vers le soir.

Autopsie. Toutes les chairs voisines de la plaie sont converties en une bouillie brunâtre. Une matière sanieuse baigne tous les tissus; toutefois le nef sciatique et les vaisseaux nombreux de la cuisse sont intacts.

Le membre est tuméfié dans toute son étendue, le tissu cellulaire crépitant.

Le ventre est balloné, et les intestins remplis de gaz. Le bassin renferme de la sérosité; son tissu cellulaire est emphysémateux et contient de la sanie, que l'on trouve aussi dans les veines iliaques.

Réflexions. L'observation que l'on vient de lire offre un fait pratique d'une haute importance. Au moment où il s'est présenté, j'ignorais qu'une opération semblable à celle que je crus devoir pratiquer eût été faite vers le milieu du siècle dernier; j'ignorais également ce qu'en dit M. Velpeau dans son *Traité de Médecine opératoire* récemment publié. Le peu de difficultés que devaient me présenter la résection du fragment inférieur du fémur et l'extraction de la tête de cet os et des nombreuses esquilles qui se trouvaient dans le trajet de la blessure, le petit nombre de succès que compte l'amputation dans l'article, le temps qui s'était écoulé depuis le moment où la blessure avait été faite; l'état des parties molles, dont la désorganisation ne me paraissait pas évidente; tels furent les motifs qui me déterminèrent à pratiquer cette opération, qui ne semble pas avoir obtenu l'assentiment de tous les praticiens. Le malade, il est vrai, a succombé le quatrième jour; et si un procédé opératoire devait être jugé uniquement par le résultat obtenu une seule fois, j'avoue que celui dont il s'agit doit être proscrit sans retour. Mais quelle est l'opération que le succès a toujours couronnée? La saignée elle-même, dont personne ne contestera l'utilité, a plus d'une fois été suivie des accidens les plus graves; et l'opération que Lizieux eût dû subir, si on s'était servilement conformé à la règle prescrite, entraîne presque toujours la mort après elle.

M. Paillard annonce à tort qu'étant persuadé que l'extirpation de la cuisse est constamment mortelle, je veux lui substituer la résection du fémur. Il est vrai que je considère l'extirpation comme une des plus dangereuses, mais indispensable néanmoins dans certains cas où un projectile de gros calibre a, non loin de l'articulation coxo-fémorale, emporté le membre dans sa totalité, ou délabré considérablement ses parties molles. La blessure même d'une balle ordinaire, qui aurait fracturé le fémur et détruit la continuité de l'artère ou nerf principal de la cuisse, exigerait encore, selon moi, cette opération. Mais, jusqu'à présent, je suis en doute si elle serait d'une indispensable nécessité dans le cas où l'os seul en quelque sorte aurait été lésé. On ne peut nier que l'extirpation de la cuisse ne soit une des opérations les plus graves de la chirurgie; on ne peut également nier que la lésion opératoire des tissus dans la résection ne soit, pour ainsi dire, nulle en comparaison de la plaie énorme qu'on pratique dans l'extirpation; d'où il suit certainement que la douleur, la perte de sang, et tous les accidens consécutifs sont, toutes choses égales, moindres dans la première que dans la dernière de ces opérations.

Quant aux résultats de la résection, je ne sais pas si on ne les a pas jugés avec plus de légèreté et d'irréflexion qu'on ne m'en a supposé en la pratiquant. Elle a été faite en présence de M. Zinck, qui ne l'a point désapprouvée. Je puis me tromper, mais je pense que, si l'opéré a succombé à une incision de quatre pouces,

n'intéressant que des parties peu importantes, à travers lesquelles j'ai reséqué l'extrémité du fragment inférieur du fémur et extrait la tête de cet os et d'autres esquilles, l'on peut conclure avec raison qu'il eût infailliblement succombé à une opération intéressant une très-grande partie de filets nerveux et de vaisseaux sanguins artériels et veineux; opération laissant après elle une large plaie, dont il est bien rarement possible d'obtenir la réunion par première intention.

La mort, dans ce cas, me semble devoir être attribuée, non pas au procédé opératoire employé, mais plutôt au retard apporté à son exécution.

Je ne suis pas éloigné de croire que le résultat eût été différent si Lizieux eût pu être opéré sur-le-champ; et en effet, une incision de la peau et d'un muscle, incision qui n'exige pas même une seule ligature, doit entraîner moins d'accidens que l'ablation de tout le membre; la chose ne me paraît pas douteuse.

Mais, dira-t-on, en supposant que le succès couronne cette opération, la cuisse conservée, mais considérablement raccourcie, sera incapable de soutenir le poids du corps; l'articulation coxo-fémorale étant détruite, ce membre, devenu inutile, deviendra aussi incommode, et l'opéré se verra plus tard obligé d'en demander l'amputation.

A cela je réponds:

1° Quand, dans un cas donné, deux opérations sont praticables, l'on doit, en général, préférer celle qui compromet le moins l'existence du malade.

2° L'articulation coxo-fémorale détruite, le membre conservé ne sera pas tellement incommode qu'il faudra plus tard en faire l'ablation. Les muscles qui n'ont point été atteints rapprocheront, par leur rétraction, l'extrémité de l'os réséqué d'un point quelconque de la surface externe du bassin, où il n'est pas impossible qu'une articulation accidentelle vienne à se former. C'est au moins le résultat que doivent faire espérer les expériences entreprises par Chaussier sur des animaux dont il avait extrait le fémur de la cavité cotyloïde et scié l'os au-dessous du grand trochanter.

Je suppose maintenant qu'il ne se forme pas d'articulation nouvelle; eh bien! dans ce cas encore, il ne faut pas amputer le membre; il est des moyens mécaniques à l'aide desquels on peut soutenir la cuisse et faciliter la locomotion. Je m'en suis assuré plus d'une fois. Je citerai, entre autres, un homme blessé en 1830 par un coup de feu, qui lui avait fracturé la partie supérieure du fémur; la consolidation ne s'est pas opérée, et le malade marche aujourd'hui, sans beaucoup de peine, au moyen d'une mécanique fort simple, qui prend son point d'appui sur la tubérosité de l'ischion, le pied reposant sur une espèce d'étrier.

En résumé, je pense avec M. Velpeau que, « mieux » vaut avoir un membre mal conformé, réduit à n'exé- » cuter qu'une partie de ses fonctions, que de n'en pas avoir du tout; » surtout si, pour n'en pas avoir, il faut se soumettre à une opération dont le danger est universellement reconnu.

G. Seutin, D.-M.,
Médecin en chef de l'armée belge.

MALADIES DE LA PEAU.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DU PORRIGO (TEIGNE).

Deuxième article.

Pour peu que l'on fasse attention aux caractères tranchés et tout-à-fait spéciaux avec lesquels se présente le porrigo, on comprendra qu'une méprise dans le diagnostic doit être heureusement aussi rare que d'ailleurs elle pourrait être grave. Le *porrigo favosa* ne saurait être confondu avec aucune éruption; il se dessine le plus ordinairement d'une manière trop nette pour permettre la moindre erreur. Il n'en est peut-être pas tout-à-fait de même du *porrigo pustulata*, qui, à certains états, pourra être pris pour des éruptions tout-à-fait différentes. Ainsi la forme ronde des plaques de l'*herpes circinnatus* au début, ou de la lèpre (*lepra vulgaris*), dépouillé de ses squammes qui auraient leur siége au cuir chevelu, pourrait en imposer pour les anneaux du porrigo pustulata commençant. Mais, en outre des caractères difficiles à décrire, mais qui n'en sont pas moins sûrs pour un œil exercé, et qui pourraient faire distinguer ces éruptions diverses, même à cet état, la méprise ne saurait être de longue durée; elle serait bientôt détruite par le développement si différent de chacune de ces maladies, qui ne permettrait plus de s'en laisser imposer, par les vésicules transparentes de l'herpes, ou l'exfoliation épidermique de la lèpre pour les pustules du porrigo.

Mais c'est surtout avec l'*impetigo figurata* que l'on pourrait confondre le porrigo pustulata, soit que cette variété de l'impetigo ait son siége au cuir chevelu, ce qui n'est pas très-commun, ou que le porrigo se soit développé sur les membres, ce qui est encore plus rare. Toutefois il y a entre ces deux éruptions, soit à l'état pustuleux, soit à l'état crustacé, des différences bien tranchées qu'il est très-important de se rappeler. Ainsi l'impetigo a pour lésions élémentaires des pustules *psydraciées*, superficielles, légèrement proéminentes, reposant toujours sur une base rouge, enflammée; elles contiennent un liquide jaunâtre qui s'épaissit peu à peu, et forme en se desséchant à l'air une véritable croûte très-saillante, surtout au centre, et qui, après sa chute, se reforme par un suintement séro-purulent, et laisse enfin après elle une tache légère, rougeâtre, qui s'efface, sous la pression du doigt, et a complètement disparu au bout d'un mois ou six semaines. Les pustules du porrigo scutulata (*favi*) plus profondes, enchâssées dans l'épiderme, contiennent une matière concrète presque en naissant; ces pustules d'un jaune paille, disposées en godet, s'accroissent par un développement excentrique; elles sont le siége d'une odeur *sui generis*, qui est encore un caractère de cette maladie. Elles donnent lieu à des croûtes plus larges, moins saillantes, plus épaisses à la circonférence, parsemées à leur surface de granulations et de dépressions profondes, et qui laissent après elle, ou bien des taches blanches semblables à des cicatrices (au cuir

chevelu, par exemple), ou bien (aux membres) une coloration profonde, sèche, qui diminue à peine sous la pression du doigt, plutôt violacée que rouge, plus foncée au centre que sur les bords, etc. Ces croûtes ne se reforment jamais sans le développement de nouvelles pustules.

Ainsi la présence des pustules *faveuses* d'un jaune paille, accompagnées de peu d'inflammation, ou l'existence des croûtes de la même couleur, disposées en anneaux, ou formant des quarts, des moitiés de cercle, bornés par une couronne de cheveux grêles et lanugineux, et dans lesquelles on retrouve la forme de godets, sont des caractères que l'on ne rencontre dans aucune autre maladie, et sur lesquels doit être basé un diagnostic d'autant plus important qu'il s'agit ici d'une affection réellement grave et contagieuse.

C'est surtout dans l'histoire des maladies graves et rebelles que l'on peut juger ce que doit être réellement la thérapeutique. Pour le porrigo, par exemple, que de remèdes n'a-t-on pas vantés, que de formules qui comptent toutes des succès, et souvent aussi beaucoup de revers! Qu'est-il donc arrivé? Les choses se sont passées pour cette maladie comme elles se passent d'ailleurs pour toutes les autres, sans que souvent l'on s'en doute, ou sans que l'on veuille avoir l'air de s'en douter. Quand on a vu réussir un moyen, on l'inscrit..., puis à côté de lui un autre; et ainsi de suite..., et l'on est arrivé à combattre une affection dont on ignore complètement la nature par plusieurs remèdes, que l'on n'emploie contre elle que parce que l'expérience a appris que plusieurs fois ils avaient réussi... En un mot, on a fait de l'empirisme, parce qu'en effet il n'y a pas de thérapeutique sans lui.

Le rationalisme, comme on dit, pourrait peut-être réclamer quelques moyens qui, dans le traitement de cette maladie, lui appartienent et qui sont loin d'être heureux. Ainsi c'est à lui que l'on doit entre autres la calotte, cruelle invention du moyen âge, destinée à l'avulsion des cheveux, dont on regardait la présence comme un obstacle à la guérison : c'était un mélange de poix et de goudron étendus en consistance d'emplâtre, qu'on laissait dessécher sur le cuir chevelu, et que plus tard on arrachait avec violence. Espérons que ce moyen inutile, mais surtout barbare, et qui, il y a quelque temps, était encore employé dans les campagnes, est aujourd'hui entièrement banni de la thérapeutique.

Parmi la foule des moyens qui ont été vantés contre le porrigo, et même parmi ceux qui paraissent avoir eu quelques succès plus ou moins soutenus, je me contenterai de rapporter ici ceux qui réussissent le plus constamment d'après un grand nombre d'expériences que M. Biett a faites depuis quinze ans à l'hôpital Saint-Louis, et que depuis quelques années j'ai été assez heureux de pouvoir suivre et de répéter avec lui.

Le traitement général est le plus souvent de peu d'importance dans le porrigo, si ce n'est quand il attaque des individus faibles, mous, lymphatiques ou scrofuleux. Dans ce cas, il est souvent utile d'aider le traitement par quelques *amers*, quelques *toniques* à l'intérieur.

Dans les cas ordinaires, il suffit d'administrer de temps en temps quelques laxatifs, et de faire prendre au malade quelques bains.

Dans le traitement local du porrigo, les soins de propreté ont une très-grande importance, et ils contribuent beaucoup à la guérison. Avant tout, il faut couper les cheveux; après quoi, on fait tomber les croûtes; on en vient facilement à bout, à l'aide des applications émollientes, ou de quelques lotions alcalines. Quelquefois même l'usage prolongé de ces dernières ou de lotions sulfureuses suffit pour obtenir la guérison. M. Biett a quelquefois employé avec avantage la lotion suivante, dite de Barlow.

Prenez : Sulfure de potasse . . . . . 2 dr.
Savon blanc . . . . . 2 et demi dr.
Eau de chaux . . . . . 7 onces
Alcohol rectifié. . . . . dr.

Enfin, nous avons vu des porrigo se modifier quelquefois sans l'influence de lotions acides.

Mais le plus souvent, cette maladie grave résiste à ces divers moyens, et l'on est obligé d'avoir recours à quelques pommades, quand les lotions ont fait tomber les croûtes, ou mieux, conjointement avec les lotions.

M. Biett a employé tour-à-tour, et avec un succès à peu près égal, des pommades avec le *calomel*, avec l'*oxide de manganèse* dans la proportion de 1 à 2 dr. dans un once d'axonge.

Je l'ai vu obtenir, et j'ai obtenu moi-même de bons effets des préparations suivantes:

Prenez : Savon blanc . . . . . 2 dr.
Soufre sublimé . . . . . 2 dr.
Axonge. . . . . 1 once.
Mêlez.

Enfin la pommade de Banger a été suivie assez souvent d'heureux résultats.

Prenez : Litharge . . . . . 2 onces.
Alun calciné . . . . . 1 1/2 once.
Calomel. . . . . 1 1/2 once.
Axonge . . . . . 2 livres.
Thérébenthine de Venise. . 1/2 livre.
Mêlez.

Mais de tous ces agens, aucun ne recèle une efficacité aussi constante et aussi prompte que l'*iodure de soufre* que M. Biett a introduit avec tant de bonheur, il y a dix ans dans la thérapeutique, et principalement dans le traitement des maladies de la peau, et du porrigo en particulier. J'ai été assez heureux pour suivre avec lui ces expériences, et les résultats que nous avons constatés ont été assez nombreux et assez positifs, pour nous faire regarder l'iodure de soufre comme un des meilleurs agens, et un des plus efficaces que nous possédions jusqu'ici pour combattre le porrigo. Voici la formule à laquelle M. Biett s'est arrêté, après un grand nombre d'essais.

Prenez : Iodure de soufre . . . . . 1 scrup. à 1/2 dr.
Axonge . . . . . 1 once.
Mêlez.

On emploie ordinairement un gros pour chaque fric-

tion. Cette quantité varie d'ailleurs suivant l'étendue des plaques, et suivant leur nombre.

Tels sont les moyens, je le répète, que M. Biett emploie de préférence, après une expérience de plusieurs années. Je pourrais y en ajouter un très-énergique auquel d'ailleurs on ne doit avoir recours que fort rarement, je veux parler de la cautérisation. Elle peut être utile quand la maladie est tout-à-fait locale, et ne consiste que dans une ou deux pustules favenses, peu développées : il suffit alors de toucher la pustule avec le nitrate d'argent ; enfin, dans les cas graves et très-opiniâtres, il peut être avantageux d'avoir recours aux acides concentrés, aux acides nitrique, sulfurique, ou hydrochlorique. Mais cette cautérisatien doit être légère, et faite avec beaucoup de précaution. On trempe une barbe de plume dans le caustique, et après l'avoir passée rapidement sur la partie que l'on veut cautériser, on fait aussitôt des ablutions d'eau froide.

Quant aux vésicatoires, ils sont le plus ordinairement inutiles, employés comme exutoires, ainsi que les sétons et les cautères ; mais appliqués sur le point malade dans le but de changer la vitalité de la peau, à la méthode d'Ambroise Paré, ils peuvent amener une modification avantageuse. M. Biett s'en est servi souvent dans ce but, et souvent avec d'heureux résultats.

Toutefois il ne faut pas oublier que le traitement du porrigo demande beaucoup de soins et beaucoup de patience, et que souvent il est rebelle et semble se jouer de tous les efforts du médecin.

Dans un prochain article, je parlerai de deux maladies qui, aujourd'hui encore, sont confondues avec le porrigo, l'*impetigo granulata* (teigne granulée) et l'*impetigo larvalis* (teigne muqueuse), et qui cependant en diffèrent essentiellement, et sous le rapport du pronostic, et surtout sous le rapport du traitement.

ALP. CAZENAVE.

ACCOUCHEMENS.

—

PRÉCEPTES PRATIQUES

Pour la terminaison des accouchemens avec présentation de l'épaule ou sortie du bras ;

Par M. LE PROFESSEUR MAYGRIER.

Tout le monde connaît la malheureuse affaire du docteur Hélie, qui a été récemment condamné par le tribunal de Domfront à payer une pension alimentaire à l'enfant de la femme Foucault, dont il avait coupé les bras dans l'accouchement. Je n'ai certes point approuvé dans le temps la conduite du docteur Hélie ; mais peut-on ne pas s'élever contre la décision du tribunal de Domfront ? Pour moi, je déclare que je ne reconnais pas de juridiction ni de tribunal qui puisse connaître des prétendues fautes commises dans l'exercice de la médecine. Voici les raisons sur lesquelles je me fonde :

L'intelligence humaine a des bornes qu'il n'est pas également donné à toutes les capacités d'atteindre.

On ne peut raisonnablement forcer un homme de l'art quelconque, médecin, chirurgien ou accoucheur, d'avoir plus de mérite et de moyens que la nature particulière de son génie ne lui en a départi.

Un homme de l'art peut bien être quelquefois coupable aux yeux d'un confrère plus instruit ou plus habile ; mais cette culpabilité, toute morale, ne peut être du ressort d'aucun tribunal : par conséquent il ne peut y avoir de jugement là où rigoureusement il ne peut y avoir ni corps de délit, ni témoin pour le constater.

D'ailleurs il est en médecine en général, et en particulier en accouchement, des cas tellement imprévus, tellement difficiles, que quelques hommes de l'art, seuls, ont le privilége d'être à la hauteur de ces difficultés et de les surmonter.

Quoi qu'il en soit, voici quelques observations d'accouchemens très-difficiles que j'ai eu occasion de terminer ; elle seront, je l'espère, la source de quelque instruction pour les médecins qui pourraient se trouver dans la position du docteur Hélie.

Parmi un assez grand nombre d'accouchemens avec sortie du bras pour lesquels j'ai été appelé, je choisirai de préférence les plus récens, et qui, indépendamment de quelques particularités très-remarquables qui les ont caractérisés, pourront servir utilement à l'histoire générale des accouchemens difficiles, de même qu'à déterminer la véritable méthode de manœuvrer dans ces sortes de cas.

Le premier exemple et celui de madame Colas, épouse d'un chapelier, demeurant au Palais-Royal, galerie d'Orléans. Le travail avait commencé dès la veille du jour où je fus appelé. Un jeune médecin, chargé de cet accouchement, ne tarda pas à s'apercevoir qu'un bras se présentait au dehors. Il passa une partie de la nuit à vouloir le faire rentrer et à terminer l'accouchement ; mais, dans l'impossibilité d'y parvenir, il fit appeler le lendemain matin M. Hervez de Chégoin, dont personne ne contestera les connaissances et l'habilité. Mais notre confrère, ne voulant point s'en rapporter à ses seules lumières, et craignant sans doute que l'accouchement ne présentât de trop grandes difficultés, voulut bien me faire appeler. Nous constatâmes ensemble la première position de l'épaule gauche avec sortie de la totalité du bras du même côté. Ce bras était livide, considérablement tuméfié, ainsi que les parties extérieures de la génération. Les surfaces antérieures étaient en dessus et en avant, et les pieds fortement relevés vers la partie la plus profonde du côté droit de l'utérus. Tout ayant été disposé, j'introduisis la main droite contre l'avis de Baudelocque, qui recommande la main gauche dans cette position, et je la portai, non sans éprouver la plus forte résistance de la part de la matrice, jusqu'à la hauteur des pieds, que je saisis ensemble et non séparément. En tirant de préférence sur le plus éloigné (le droit), je fis faire à l'enfant un mouvement de renversement et de flexion générale, par lequel je devais ramener les surfaces antérieures en dessus et les talons dans la direction de la cavité cotyloïde droite, pour terminer ainsi l'accouchement en deuxième position des pieds ; mais le mouvement que j'avais imprimé à l'enfant fut si décidé, si prompt, qu'au moment où je ramenais les pieds dans

l'excavation pour les entraîner au dehors, les talons se trouvèrent derrière la cavité cotyloïde gauche, et je terminai l'accouchement en première position au lieu d'une deuxième. La terminaison définitive fut alors effectuée avec assez de facilité.

L'enfant, très-fort, ne donnait point de signe de vie; M. Hervez lui prodigua les soins les plus empressés pendant que j'étais occupé de la mère, mais ce fut en vain, on ne put le rappeler à la vie. La mère n'a pas éprouvé, à la suite de cette manœuvre, le plus léger accident, et jouit depuis de la plus parfaite santé.

Le second accouchement est celui d'une femme qui s'était placée chez une sage-femme pour y faire ses couches (madame Delart, demeurant rue Saint-Honoré, au coin de la rue de l'Arbre-Sec). Les eaux étaient écoulées depuis la première matinée. Madame Delard ne tarda pas à s'apercevoir que l'un des bras de l'enfant se précipitait hors de la vulve, ainsi qu'une portion du cordon. Elle fit quelques tentatives pour terminer l'accouchement; mais, ne pouvant y parvenir, elle envoya chercher plusieurs médecins de son quartier, lesquels essayèrent en vain de terminer l'accouchement, et employèrent à cet effet des manœuvres longues, fatigantes et mal entendues. C'est alors que je fus appelé, conjointement avec M. Baudelocque neveu. J'arrivai le premier, et sur-le-champ je me mis en devoir de terminer l'accouchement; ce que j'exécutai, non pas sans de très-grandes difficultés, mais avec succès et d'une manière assez prompte. L'enfant était mort, et la femme, qui avait éprouvé d'assez graves accidens depuis, s'est rétablie cependant et se porte très-bien aujourd'hui.

La troisième observation concerne une femme de la rue du Cygne, quartier Saint-Denis. Cette femme était en travail depuis le samedi. La sage femme s'aperçut bientôt qu'un des bras de l'enfant s'engageait à travers les parties de la génération. Dans son embarras, elle fit appeler M. Bazignan, qui après plusieurs manœuvres sans résultat, crut devoir, à son tour, faire appeler un confrère du quartier. Ce dernier ne fut pas plus heureux. Les difficultés de l'accouchement leur paraissant insurmontables, ces messieurs se décidèrent à faire appeler un de nos praticiens les plus distingués, placé très-haut dans la hiérarchie des accouchemens (M. Capuron); mais ce fut en vain : après plusieurs tentatives infructueuses, notre confrère fut obligé d'abandonner la femme. C'est alors que je fus appelé; c'était le lundi, à dix heures du matin.

Après avoir reconnu l'état des parties et la situation de l'enfant, je n'hésitai pas à exécuter la manœuvre nécessaire pour l'amener au dehors, ce qui fut fait en quelques minutes. L'enfant était mort, et la femme, qui avait été horriblement fatiguée des manœuvres longues et impuissantes qu'on avait mises en usage pour l'accoucher, succomba dans la nuit suivante.

Le quatrième cas est celui d'une dame de la rue de Lappe, quartier Saint-Antoine. Elle était en travail depuis la première matinée. Une sage-femme fort intelligente qu'elle avait appelée, ne tarda pas à s'apercevoir de la sortie du bras gauche en première position de l'épaule du même côté. Cette femme s'empressa de faire appeler deux médecins du quartier, qui tentèrent, mais en vain, de terminer l'accouchement.

Après plusieurs tentatives infructueuses, je fus appelé. J'arrivai à dix heures du soir. La femme ne paraissait pas exténuée; elle conservait de la force et du courage. Ayant examiné l'état des parties, je m'aperçus que non-seulement le bras gauche était sorti en totalité, mais que toute la main droite cherchait également à s'échapper au dehors. Cette circonstance ne changea rien à mon mode de terminaison. Après avoir placé un lac sur le bras gauche, j'introduisis la main droite jusqu'aux pieds, que je saisis ensemble et que je ramenai à l'entrée de l'excavation. J'éprouvai beaucoup de difficultés pour les entraîner au dehors; j'y parvins cependant, et le reste de l'accouchement s'est terminé très-heureusement. La femme s'est parfaitement rétablie.

Il résulte de ces observations les considérations pratiques suivantes :

1° Dans la présentation de l'épaule compliquée de la sortie du bras en partie ou en totalité, on ne doit jamais avoir d'autres vues (et les véritables principes le commandent impérieusement) que d'aller chercher les pieds. Pour terminer l'accouchement, il faut agir ici comme si l'enfant n'avait pas de bras.

2° La présence de l'un des bras, et même de tous deux à la fois, n'est jamais un obstacle véritable à la terminaison de l'accouchement.

3° Vouloir, dans ces différentes circonstances, repousser le bras avant d'aller chercher les pieds est un procédé faux, absurde, qui indique l'oubli des véritables principes de l'art; à plus forte raison l'amputation des bras est-elle une opération inutile et barbare.

4° Les tentatives infructueuses, les fausses manœuvres, qui font perdre un temps précieux, qui fatiguent horriblement la femme et l'enfant, qui dénaturent la position de ce dernier, comme cela est arrivé dans la deuxième observation, sont les véritables causes de la mort de l'enfant et des accidens qui, plus tard, se développent chez la mère.

On ne peut donc trop se hâter de terminer l'accouchement toutes les fois qu'on s'aperçoit de la sortie d'un bras en partie ou en totalité.

Les bains, la saignée, dont on prétend retirer de si grands avantages dans ce cas, sont des moyens faux, illusoires, qui prolongent les souffrances de la femme, compromettent la vie de l'enfant par le temps que l'on perd dans l'emploi de ces moyens, et cachent, sous l'apparence d'une certaine instruction, l'ignorance des véritables principes et le défaut d'habileté. Le courage et le caractère ont des conditions essentielles, sans lesquelles on ne peut terminer ces espèces d'accouchement.

J.-P. Maygrier.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

SUR L'INNOCUITÉ DES EMPLATRES STIBIÉS.

Quelque poids que l'on accorde à l'autorité des noms, ils ne peuvent cependant jamais l'emporter sur l'expé-

rience. Je me permettrai donc de combattre l'opinion de M. Polydore Boullay, dont j'honore le mérite, relativement à l'emploi des emplâtres stibiés. Ce sera par des faits que je tâcherai de détruire l'espèce de défaveur que son article, inséré dans la première livraison du tome IV de votre journal, a pu déverser, auprès des praticiens timides, sur un agent thérapeutique doué de propriétés énergiques, mais non aussi dangereux qu'il a pu le croire lui-même.

L'exemple que je veux citer est celui de ma propre femme, qui, dans l'espace de peu de jours, a eu quatre emplâtres fortement stibiés et très-étendus, sur diverses parties du corps; et cela, sans qu'elle ait éprouvé aucun des accidens dont parle M. Boullay. Voici le fait.

Par suite d'un allaitement trop prolongé, ma femme, âgée de 28 ans, se trouva, vers la fin de l'année dernière, dans l'état désigné sous le nom d'épuisement. *Douleurs atroces dans l'épine dorsale, dans la poitrine, douleurs d'estomac, palpitations, défaillances, amaigrissement progressif;* telle était à peu près sa fâcheuse position.

M. le docteur Anglade, votre abonné, après avoir tenté sur elle, sans succès, tous les moyens adoucissans et calmans, voulut recourir aux emplâtres stibiés. J'avoue qu'ayant lu les observations de M. Boullay, j'avais de la répugnance pour ce moyen. Cependant la confiance extrême que m'inspirait le talent et la prudence de M. Anglade, l'assurance expresse qu'il me donna que jamais il n'avait vu d'accidens de cette nature, dans les cas innombrables où il avait employé le tartre stibié à l'extérieur, me décidèrent d'autant mieux qu'en effet, depuis cinq ans que j'habite Rodez, j'ai moi-même préparé, sans exagération, par ordonnance de ce médecin, plus de cent emplâtres stibiés (ce n'est pas la vingtième partie de ceux que peut avoir employés M. Anglade), et je n'ai jamais appris qu'aucun malheur soit arrivé. Je préparai donc une bande de 5 pouces sur 3, avec parties égales de poix blanche et de diachilum gommé, que je saupoudrai d'émétique en poudre autant que l'emplâtre, modérément ramolli à une douce chaleur, put en retirer. Cet emplâtre fut appliqué entre les épaules et laissé pendant 36 heures. Ma femme n'éprouva aucun effet fâcheux; au contraire, la douleur d'épaule diminua sensiblement. Cette douleur s'étant portée sur la région rénale, un second emplâtre de 4 pouces sur 2, bien saupoudré, fut appliqué sur la partie. Pas plus d'accidens que la première fois : disparition de la douleur. Peu de jours après, les douleurs à la partie antérieure de la poitrine s'étant ravivées, un troisième emplâtre de 5 pouces de longueur sur 2 de largeur fut appliqué en travers au-dessus des seins et laissé 48 heures; encore nul effet général. Enfin un quatrième emplâtre fortement chargé et très-long fut appliqué entre les deux épaules comme le premier, et n'eut pas plus d'inconvéniens.

Il est donc constant pour moi que les emplâtres stibiés et fortement saupoudrés ne peuvent jamais nuire; que les affreux vomissemens, et même les empoisonnemens qui sont connus de M. Boullay, ne peuvent et ne doivent être que le résultat de funestes méprises de la part de ceux qui avaient préparé le remède, ou bien de la disposition la plus décidée à ces accidens de la part des malades. Certains d'entre eux ont pu succomber sous l'effet de tout autre cause que celle d'un empoisonnement.

RAYMOND, pharm. à Rodez.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

(JUIN 1833.)

MÉMOIRE

SUR LE FILTRE-PRESSE DE RÉAL,

Son mode d'action, ses inconvéniens, moyen plus simple et généralement applicable pour parvenir au même but.

Par MM. Boullay père et fils.

Lu à la Société de Pharmacie, le 2 mai 1833.

Parmi les procédés, indiqués jusqu'à ce jour, pour extraire les principes solubles dans l'eau contenus dans les poudres végétales, il en est un seul qui atteint complètement le but, c'est celui qui est fondé sur l'emploi du filtre-presse de M. Réal. Et pourtant cet appareil est à peine usité, sans doute, parce qu'il présente des inconvéniens qui viennent en imiter l'usage.

Sans reproduire ici la description du filtre-presse qui a déjà été faite dans ce journal, nous rappellerons qu'il se compose essentiellement d'une boîte d'étain allongée, destinée à recevoir la poudre humectée d'eau à l'avance, et d'un tuyau vertical capable de contenir une colonne d'eau étroite mais élevée, et d'être vissé sur la boîte.

Le liquide dont le tube est rempli chasse celui qui mouille la poudre en s'y substituant sous une pression correspondante à celle que produirait un cylindre d'eau égal en hauteur au tube et en diamètre à la boîte. C'est là sans doute une force très-puissante ; il reste à examiner si elle est indispensable au résultat.

Une colonne d'eau si élevée est un inconvénient réel. Aussi a-t-on cherché à lui substituer une colonne de mercure de manière à produire une semblable pression par une bien moindre hauteur ; mais ce n'est là qu'un remède insuffisant. Ajoutez encore la nécessité de donner à l'appareil de fortes dimensions pour qu'il résiste à la pression qu'il subit, celle de réparer fréquemment la vis qui sert d'union aux deux pièces principales, et vous conclurez sans doute avec nous, que cet appareil est peu maniable et incommode.

Cette critique acquerrait une tout autre importance, si nous nous parvenions à prouver que l'appareil proposé par M. Réal ne tient pas tout ce qu'il semble promettre, ou plutôt qu'il y a luxe de moyens, et que par un procédé très-simple on peut obtenir des effets aussi satisfaisans, aussi complets qu'en se servant du filtre-presse.

Pour être à même de décider cette question, il faut avant tout se rendre un compte exact du mécanisme mis en jeu dans le filtre-presse de M. Réal.

Les expériences faites par M. Cadet-Gassicourt père, et décrites dans le deuxième volume de ce journal, auraient suffi pour en donner la clef, s'il les eût discutées et s'il en eût fait apprécier la portée. En effet, quoiqu'elles semblent impliquer contradiction, et que, dans un article destiné à faire l'éloge du filtre-presse, notre savant confrère ait exposé des faits qui paraissent en infirmer les avantages, nous trouverons le moyen de tout concilier, et d'expliquer cette contradiction qui n'est qu'apparente.

« M. Cadet a observé : 1° que le quinquina gris ne » fournit pas plus de produit par le filtre-presse que » par l'infusion ordinaire à froid ; 2° que des poudres » humectées d'eau et abandonnées ainsi pendant six » heures, puis exprimées par tout autre procédé, donnent des teintures saturées au même degré qu'au » filtre-presse. » *Sans doute, si l'on compare sur des volumes égaux des produits, dont la quantité, ainsi que nous le verrons tout-à-l'heure, n'est pas égale dans les deux cas.*

Sans conclure de ces données, ainsi qu'il semblerait naturel de le faire, que l'emploi du filtre-presse n'offre aucune supériorité sur toute autre méthode, nous en tirerons du moins cette conséquence, que la puissance ou le mode de la pression ne sont pour rien dans le résultat.

Passons à une autre observation que rapporte M. Cadet, et qui nous aidera puissamment dans notre recherche. « Une remarque fort singulière sur l'effet du » filtre-presse, dit M. Cadet, est celle-ci : Une poudre » végétale, épuisée de principes solubles et détrempée » avec de l'alcohol rectifié est mise dans l'appareil. On » fait agir dessus la colonne d'eau : cette eau ne se » mêle pas avec l'alcohol ; celui-ci passe le premier au » même degré aréométrique qu'il avait avant l'expé» rience.

C'est là, selon nous, que réside tout le mécanisme du filtre-presse, et cette propriété essentielle peut être formulée à peu près de la manière suivante :

Lorsqu'une poudre saturée d'eau (1), *mais incapable de former pâte avec elle, est placée dans un récipient analogue à celui du filtre-presse de M. Réal, si l'on fait agir sur elle la colonne d'eau, cette eau traverse la poudre en chassant complètement devant elle la liqueur qui la mouille, et la remplace sans s'y mêler.*

Quel résultat avantageux ressort-il de cette propriété? Nous allons chercher à le faire saisir par un exemple simple.

Supposons qu'une poudre capable de retenir deux fois son poids d'eau lorsqu'elle en est saturée, la sciure de bois par exemple, soit mêlée avec un poids de ce liquide quadruple du sien ; abandonnons pendant quelques heures ce mélange, agitons-le même afin d'être sûrs que toutes les parties de la poudre soient mouillées, et que l'eau ait dissous tout ce qui est soluble. Cherchons ensuite à recueillir les produits par divers procédés pour juger de leur valeur relative.

Par la simple expression dans une toile serrée, nous ne recueillerons pas tout-à-fait les trois quarts de la liqueur qui mouille la poudre. Par l'emploi d'une presse ordinaire, nous en retirerons exactement les trois quarts.

Si nous mettons au contraire cette poudre dans le récipient du filtre Réal, il s'écoulera d'abord une quantité de liquide égale à deux fois le poids de la poudre, et l'écoulement s'arrêtera. Nous en conclurons que la poudre est saturée d'eau lorsqu'elle en contient deux fois son propre poids.

Maintenant faisons agir la colonne jusqu'à ce que nous ayons obtenu une quantité de liquide égale à celle que nous savons être retenue par la poudre, et nous recueillerons la totalité du produit : nous savons en effet que la colonne d'eau qui agit sur la poudre chasse la liqueur qu'elle retient sans s'y mêler.

Ce procédé réalise donc ce que la presse ne peut donner, et nous fait obtenir un produit plus considérable qu'elle ; ce sera, dans ce cas, dans le rapport de 4 à 3. Il permet encore d'épuiser une poudre par une affusion d'eau convenable, mais toujours peu abondante ; résultat que la presse ne peut donner. En employant des quantités de liquides bien plus considérables et en répétant son action, on s'en rapprocherait sans doute, mais sans y atteindre.

En résumé, l'avantage du procédé de M. Réal sur tout autre mode d'expression, réside dans la facilité qu'il offre d'extraire, jusqu'à la dernière goutte, la liqueur qui mouille une poudre et qui s'est chargée de ses principes solubles ; résultat impossible à atteindre par les autres moyens en usage. Il consiste encore dans l'emploi d'une quantité de liquide aussi petite que possible, et dans la limpidité des produits.

Eh bien, ce résultat si précieux et tout-à-fait étranger à cette haute pression à laquelle M. Réal l'a attribué ; car il peut être obtenu indépendamment d'elle par la superposition et le simple poids de la quantité d'eau nécessaire pour déplacer complètement le liquide qui mouille la poudre ; en un mot, par le poids d'un volume d'eau égal à celui du liquide qu'on veut déplacer.

Ainsi, par exemple, que l'on verse dans un entonnoir d'étain une poudre saturée d'eau, ou qu'on humecte cette poudre sur l'entonnoir même de manière à l'ensaturer, chaque goutte en excès ajoutée à la surface en fera écouler une à la base de l'entonnoir.

Si l'on ajoute tout d'un coup, mais avec précaution, à la surface de la poudre humectée un volume d'eau égal à celui qu'elle retient, cette nouvelle quantité chassera devant elle la liqueur saturée, de la même manière et dans le même état que dans le filtre Réal, et s'y substituera sans s'y mêler. Les expériences d'application, que nous développerons dans la seconde partie de ce Mémoire, donneront la preuve de ce que nous établissons ici comme fait.

Cette propriété n'est pas même particulière à l'eau : nous nous sommes assurés que tous les liquides produisent un effet analogue les uns sur les autres, quelle que soit leur densité relative, et cela pouvait être prévu si l'on eût tenu compte des lois de la capilarité et de la pesanteur.

Ainsi l'eau chasse le vin et est à son tour chassée par ce liquide. Il en est de même de l'alcohol. L'huile est déplacée par l'eau, mais incomplètement, et la déplace de même à son tour. L'air fait écouler l'eau en partie, mais il est complètement déplacé par elle et toujours de haut en bas (2).

---

(1) Nous disons qu'une poudre est saturée d'eau, lorsque cette poudre convenablement mouillée et placée dans l'appareil n'en laisse écouler aucune portion par le robinet inférieur, et n'est plus capable d'en absorber aucune sans en laisser écouler.

(2) C'est un phénomène de ce genre qui s'est offert à MM. Robiquet et Boutron, lorsqu'en faisant l'analyse de la graine de moutarde ils ont fait agir l'éther sur la semence exprimée. Rappelons ce que ces chimistes ont observé, en citant textuellement le passage de leur mémoire.

« Nous prîmes de la farine de moutarde blanche dont on » avait retiré par la pression la majeure partie de l'huile » fixe, et nous l'introduisîmes dans un gros et long tube » effilé par une de ses extrémités, et fermé avec un bou» chon de cristal par l'autre. Ce tube fut rempli d'éther et » clos immédiatement. L'appareil était disposé de manière » à ce que l'éther ne pût s'écouler que très-lentement. Ce » menstrue agit sur l'huile avec une espèce de force répul» sive ; il la chasse pour ainsi dire devant elle, en telle » sorte que ce qui s'écoule d'abord est de l'huile presque » dure et qui sent à peine l'éther. »

Rien de plus facile que de constater ce dernier phénomène. Que l'on place une poudre sur un entonnoir, qu'on l'arrose d'eau avec précaution de manière à recouvrir sa surface de deux ou trois lignes de liquide, et l'on ne verra aucune bulle remonter pour s'échapper. L'air descendra au contraire pour se dégager en totalité par la partie inférieure.

On conçoit toutefois que chacune de ces expériences doive offrir quelques particularités qui résultent de la nature des liquides soumis à l'épreuve. Ainsi quand les liqueurs que l'on superpose peuvent se mouiller, quand leurs molécules sont analogues, elles paraissent se substituer exactement les unes aux autres, le déplacement est complet, et s'il y a mélange, c'est tout au plus au point de contact; mais cet effet est toujours assez limité pour pouvoir être négligé. C'est le cas de l'eau par rapport à elle-même, par rapport aux solutions dans l'eau et même par rapport au vin et à l'alcohol.

Si les liquides au contraire sont incapables de se mêler, s'ils ne se mouillent pas, l'effet est incomplet. Par exemple, l'eau ne déplace l'huile qu'incomplètement, à moins de répéter son action. Les portions d'huiles interposées entre les particules d'une poudre, celles qui n'adhèrent pas directement à la poudre sont déplacées de suite et coulent pures; mais l'eau glisse sur les autres et s'échappe bientôt elle-même en entraînant toutefois une portion de l'huile adhérente. On peut même, en renouvelant les affusions d'eau, extraire la presque totalité de l'huile. C'est encore là ce qui a lieu lorsqu'on veut déplacer de l'eau par de l'air, en faisant légèrement le vide à la partie inférieure de l'appareil.

La détermination exacte de ces effets variables demanderait de longues et nombreuses expériences: nous y reviendrons toutes les fois que nous aurons quelqu'appplication à faire de ces phénomènes. Pour le moment il nous suffisait de déterminer l'action de l'eau sur elle-même, et c'est à quoi nous nous sommes attachés.

On comprend de suite quelle simplicité l'appréciation de cette propriété permet d'introduire dans nos appareils. Cette méthode réduite à l'emploi d'un entonnoir d'étain ou de verre doit devenir générale et habituelle dans les laboratoires des pharmaciens, tant son exécution est simple. Il suffira de verser de la poudre dans l'entonnoir, après avoir placé à l'orifice inférieur une petite mèche de coton pour l'arrêter, on la tassera plus ou moins, suivant les circonstances, on la saturera d'eau, en laissant le contact se prolonger plus ou moins, puis on déplacera cette liqueur par une affusion d'eau convenable, et celle-ci à son tour par un autre. En un mot, ce jeu sera répété autant de fois qu'on le jugera nécessaire:

On aura d'ailleurs égard aux observations suivantes.

1° La poudre sur laquelle on opère ne doit pas faire pâte avec l'eau.

2° L'écoulement est d'autant plus lent que la poudre est plus tenue ou plus tassée.

3° La quantité de liqueur retenue est d'autant moindre que la poudre est plus comprimée. Le contraire n'est vrai que dans certaines bornes. On conçoit en effet que l'absorption d'un liquide par une poudre a pour limites celles de la force moléculaire qui le retient, qui l'unit à cette poudre, et que dès qu'on dépasse la sphère d'activité des molécules il doit y avoir écoulement.

4° Il est utile en général d'employer des poudres qui ne soient pas trop fines, et qui soient légèrement tassées.

5° On doit opérer à chaud ou à froid suivant la nature des produits, et celle des véhicules qu'on emploie.

6° Pour obtenir une liqueur aussi concentrée que possible soit à froid, soit à chaud, du traitement d'une poudre aisément attaquable dans l'un ou l'autre de ces cas, il faut verser le liquide sur la poudre d'une manière continue et fractionner les produits (2). Les premiers sont très-concentrés, les suivans deviennent rapidement plus faibles, et cela se conçoit puisque les premières portions peuvent se saturer dans tout le cours de leur passage au travers de la poudre, et doivent ne laisser à celles qu'on fait passer après elles que peu de matériaux à dissoudre.

C'est là ce qui se passe dans la préparation du café pour la table (3), et ceci nous conduit naturellement à

---

(1) Lorsqu'on veut mouiller complètement une poudre, c'est-à-dire, remplacer l'air qu'elle retient ou qu'elle condense par un liquide, on y parvient de suite en plaçant cette poudre sur un vase ouvert à ses deux extrémités, un entonnoir, par exemple, et en la recouvrant d'eau sur toute sa surface. Si l'on n'humectait la poudre que sur un point, on pourrait emprisonner de l'air dans certaines parties, et rendre incomplet l'effet qu'on cherche à produire. Mais rien de plus simple en opérant avec soin.

Il n'en serait pas de même si le vase qui renferme la poudre était fermé inférieurement. On sait qu'il vaut mieux dans ce cas arroser peu à peu la poudre, ce qui laisse des issues à l'air, que de la recouvrir de liquide. Dans ce cas on ne parviendrait à la mouiller qu'avec la plus grande lenteur. Ces phénomènes se présentent journellement sous mille formes, aussi est-il bon de s'en rendre un compte exact. Ainsi le sucre, la chaux et beaucoup d'autres corps se délitent mieux lorsqu'on les arrose que lorsqu'on les submerge.

Ajoutons encore un mot. Lorsqu'on cherche a déterminer la densité d'une poudre, rien n'est plus difficile que d'extraire complètement l'air qu'elle retient par les procédés ordinaires. Pour le faire, on est forcé de recourir à l'emploi prolongé de la machine pneumatique; en appliquant l'observation offerte par l'entonnoir, on y parviendrait sans doute et avec bien plus de promptitude et de simplicité.

(2) L'observation faite par M. Cadet, et rapportée plus haut sur l'état de saturation des liqueurs obtenues par le filtre-presse, comparé à celui des liqueurs qui proviennent de l'infusion à froid est vraie; mais dans le cas seulement où l'on mouille les poudres avant de les mettre dans le récipient.

(3) La poudre de café, traversée rapidement par une quantité d'eau bouillante égale à 10 fois son poids, est à peu près épuisée, et la liqueur qui coulerait ensuite aurait

rappeler la cafetière à la Dubelloy, l'une de ces inventions rares qui atteignent le but et sont parfaites du premier coup. Cet appareil si simple qui a précédé celui de M. Réal, n'en diffère que par la pression, c'est dire qu'il en possède tous les avantages sans en avoir les inconvéniens; aussi n'a-t-il pu depuis son invention subir de modifications vraiment utiles.

Cet appareil sera notre modèle toutes les fois qu'il faudra opérer à vases clos : on pourra le construire en étain, en porcelaine ou mieux l'imiter avec des entonnoirs de verre ou d'étain et des flacons tubulés. Il est bon que le récipient destiné à recevoir la poudre soit étroit, allongé et conique inférieurement. Il en résulte que le lavage est plus parfait et le déplacement plus exact. On peut placer sous le récipient inférieur un robinet qui permette de fractionner les produits. Si ce robinet est joint au récipient au moyen d'un tube étroit de verre, il peut servir à séparer deux liquides incapables de se mêler que l'on a déplacés l'un par l'autre.

La cafetière à la Dubelloy n'est pas la seule application de cette propriété qui ait précédé la théorie. Elle se trouve, entre autres, mise deux fois à profit dans le jeu du filtre-Dumont, destiné à la décoloration des sirops de cassonades par le charbon. Celui qu'on emploie à cette opération contient une matière saline; on l'arrose dans l'appareil même d'une quantité d'eau convenable pour l'en débarrasser, et on ne cesse d'en verser que lorsqu'elle passe sans saveur; mais la poudre retient encore de l'eau; cette eau est déplacée à son tour par le sirop que l'on verse sur le charbon, et qui ne s'y mêle pas. On peut apprécier le moment où toute l'eau est chassée par la substitution subite d'une liqueur sucrée à une liqueur insipide. Lorsque le charbon cesse d'agir, il faut le renouveler, mais d'abord le priver du sirop dont il reste imprégné. On y parvient complètement en versant encore une fois de l'eau sur le charbon: aussitôt le sirop s'écoule par le robinet inférieur; il passe pur jusqu'à ce que l'eau le suive à son tour après l'avoir déplacé, ce dont il est facile de juger par la diminution brusque de saveur de la liqueur qui s'écoule. Enlever le charbon pour le laver dans une bassine ce serait augmenter considérablement la masse d'eau pour n'y parvenir qu'incomplètement.

Le lavage des précipités sur les filtres est une conséquence de cette propriété; aussi, lorsqu'ils ne forment point pâte avec l'eau, ce lavage peut-il être obtenu d'une manière complète et rapide, en employant une très-petite quantité de liquide; dans le cas contraire on y parvient rapidement encore en les desséchant d'abord pour détruire leur état gélatineux, et en les lavant ensuite sur l'entonnoir par le même mode. Ce procédé peut être suivi toutes les fois que le corps soluble qui est disséminé dans la poudre ne peut agir sur elle pendant la dessiccation, autrement le lavage par décantation serait le seul praticable.

Nous traiterons dans un autre article de l'application *du procédé par déplacement* à un certain nombre de préparations pharmaceutiques, et nous offrirons le tableau des résultats avantageux qu'il produit, comparés à ceux qui sont fournis par les méthodes usuelles.

---

peu de mérite, quand même on prolongerait la macération.

En fractionnant les produits, on trouve les premières portions qui s'écoulent très-chargées, et les dernières beaucoup plus faibles. Les premiers produits constituent ce que l'on appelle essence ou extrait de café, liqueur fort précieuse pour aromatiser le lait sans l'affaiblir, ou pour composer un sirop de café que l'on délaie à volonté dans le lait ou dans l'eau chaude.

ANALYSE D'UN MÉMOIRE

SUR LA COMPOSITION DU SÉRUM DU SANG HUMAIN,

Présenté à l'Institut, le 22 Avril 1833,

Par M. Félix Boudet, docteur ès-sciences.

L'auteur s'est exclusivement attaché à l'examen des produits que le sérum desséché, pulvérisé et épuisé par l'eau bouillante, peut céder à l'alcohol. Indépendamment de la cholestérine, dont il y a démontré ainsi l'existence, il y a trouvé une substance nouvelle, à laquelle il donne le nom de *séroline*. Cette substance, blanche et légèrement nacrée, se précipite par le refroidissement de la décoction alcoholique du sérum desséché. Vue au microscope, elle semble formée de filamens renflés de distance en distance par de petits globules blancs et opaques qui leur donnent l'apparence de chapelets. Elle fond à plus de 36°, se montre sans action sur les papiers réactifs, et rougit, comme la cholestérine, au contact de l'acide sulfurique concentré. Elle ne fait point émulsion avec l'eau froide; si l'on chauffe elle vient flotter à la surface du liquide sous forme d'une huile incolore.

MÉMOIRE

Sur les combinaisons de l'acide chrômique avec les chlorures métalliques.

Par Eugène Péligot.

L'analogie qui existe entre l'oxigène, le chlore et les autres corps électro-négatifs, est maintenant généralement reconnue; mais cette analogie, évidente entre les oxides et les chlorures, sensible encore dans les corps dont l'acide et la base renferment le même principe électro-négatif, ne se trouve plus étayée sur des faits, à mesure qu'on s'écarte de ces combinaisons simples; c'est sous ce point de vue surtout que des composés bien définis d'un acide oxigéné et de chlorures jouant le rôle de base, méritent de fixer l'attention des chimistes, comme offrant les premiers exemples de sels dans lesquels l'oxigène de la base se trouve remplacé par le chlore.

Parmi ces nouveaux sels, il en est un que sa production facile et économique permet d'étudier d'une ma-

nière spéciale ; et comme sa composition et ses principales propriétés sont les mêmes que celles des autres bi-chrômates de chlorures, je parlerai peu de ces derniers, et je décrirai au contraire avec soin tout ce qui a rapport à la formation, aux propriétés et à l'analyse de ce composé remarquable, qui est le bi-chrômate de chlorure de potassium.

Il suffit, pour le produire, de faire bouillir quelque temps du bi-chrômate de potasse dissous dans l'eau avec de l'acide hydrochlorique ; on obtient par le refroidissement de la liqueur une quantité de ce sel cristallisé proportionnelle à la quantité des matières employées.

La théorie de cette préparation est aussi simple que la préparation elle-même. En effet, l'acide hydrochlorique, en présence du bi-chrômate de potasse, réagit d'abord sur la potasse pour former du chlorure de potassium et de l'eau ; en même temps il met l'acide chrômique en liberté. Si, lorsque toute la potasse a été convertie en eau et chlorure de potassium, on laisse refroidir la liqueur, elle dépose bientôt des cristaux volumineux de bi-chrômate de chlorure de potassium ; de sorte que tout le bi-chrômate de potasse est converti en eau et en bi-chrômate de chlorure de potassium avant que l'acide hydrochlorique, que je suppose en excès, produise du protochlorure de chrôme, lequel ne prend naissance que par la décomposition du sel qui vient de se former.

Voici la réaction atomique :

Atomes employés.

2 at. ac. chrômique.	1304
1 at. potasse.	589
2 at. ac. hydrochlorique.	454
	2347

Atomes produits.

2 at. ac. chrômique.	1304
1 at. chlorure de potassium.	931
1 at. eau.	112
	2347

On verra plus loin qu'il existe d'autres méthodes pour la préparation de ce composé.

De tous les procédés qu'on peut mettre en usage pour l'analyse de ce sel, j'ai préféré le suivant, comme étant le plus simple.

Je dissous dans l'eau 1 gramme environ de sel cristallisé et desséché avec soin entre des doubles de papier Joseph ; dans la liqueur, rendue acide au moyen de l'acide nitrique, je verse goutte à goutte du nitrate d'argent ; le chlorure d'argent, bien lavé, est fondu et pesé ; en opérant avec précaution, il ne se précipite point de chrômate d'argent ; d'ailleurs en lavant le filtre avec de l'eau bouillante aiguisée d'acide nitrique, on parvient aisément à dissoudre celui qui se serait formé.

Je fais ensuite bouillir la liqueur provenant de la séparation du chlorure d'argent avec de l'acide sulfureux ; celui-ci fait passer l'acide chromique à l'état de protoxide, en devenant lui-même acide sulfurique : je traite par l'ammoniaque qui précipite le protoxide de chrôme ; après une ébullition assez prolongée, laquelle est nécessaire pour précipiter tout le protoxide de chrôme, je jette la matière sur un filtre : lorsque celui-ci est bien lavé, je le calcine dans un creuset de platine ; son poids me donne la quantité d'acide chromique.

Quant au potassium, je le dose à l'état de sulfate de potasse, après l'évaporation à siccité de la liqueur dont j'ai séparé le protoxide de chrôme, le traitement du résidu par l'acide sulfurique et sa calcination.

C'est en suivant ce procédé que j'ai obtenu dans diverses opérations les nombres suivans :

Chlorure d'argent fondu pour un gramme de sel, 0 gr.,795 de chlorure qui contiennent 19,41 pour cent de chlore.

Pour 1 gr. 50. . . .	1,238 qui donnent	20,26 de chlore.
Pour 1 gr.	0,820	20,22
Pour 1 gr.	0,815	20,10

Protoxide de chrôme.

		d'ac. chrôm.
Pour 1 gr.	0,441 de protox. qui représentent.	57,30
Pour 1 gr.	0,445 ou bien.	57,82
Pour 1 gr.	0,448 ou bien.	58,21
Pour 0,60.	0,268 qui donnent.	58,03

Sulfate de potasse.

		de potassium.
Pour 1 gr.	0,489 qui contiennent.	21,88

La composition calculée de ce sel est,

Acide chrômique.	58,35
Chlorure de potassium.	41,65
	100,00

Cette quantité de chlorure de potassium renferme elle-même,

Chlore.	19.91
Potassium.	21,74
	41,65

J'ai trouvé :

Acide chrômique.	58,21
Chlore.	19,41
Potassium.	21,88
	99,50

Toutes mes autres analyses s'accordent sensiblement avec ces nombres ; elles ont d'ailleurs été faites dans le laboratoire de M. Dumas, qui les a suivies avec une bienveillance toute particulière ; ses conseils et son expérience m'ont souvent été utiles, dans cette occasion comme dans beaucoup d'autres.

Je passe aux principales propriétés du bi-chrômate de chlorure de potassium.

L'action de l'eau est remarquable ; lorsqu'on met en présence de l'eau un cristal de bi-chrômate de chlorure

de potassium, de rouge et transparent qu'il était, il devient blanc et opaque ; et si, lorsque le sel est dissous, on abandonne la liqueur à elle-même, on obtient non pas des cristaux du sel employé, mais des cristaux de bi-chrômate de potasse. Ce dernier sel se produit, soit qu'on ait concentré la liqueur à l'aide de la chaleur, soit qu'on l'ait livrée à l'évaporation spontanée.

Si, au lieu d'employer de l'eau pure, on opère avec de l'eau préalablement chargée d'acide hydrochlorique, en ayant soin de ne pas mettre assez d'acide pour transformer l'acide chrômique en proto-chlorure, le bi-chrômate de potasse ne prend pas naissance, et le sel cristallise avec sa forme accoutumée.

Enfin, selon les quantités relatives d'eau et d'acide, on obtiendra un mélange des deux sels, etc.

L'eau est donc décomposée par le bi-chrômate de chlorure de potassium; son hydrogène se porte sur le chlore pour former de l'acide hydrochlorique qui devient libre, tandis que son oxigène va s'unir au potassium.

Cette réaction, bien que pouvant être prévue de prime-abord, est intéressante; elle donne naissance précisément aux produits employés avant la formation du bi-chromate de chlorure; de sorte que, pour l'exprimer atomiquement, il suffira de reproduire les nombres que j'ai inscrits plus haut, moyennant une transposition.

Atomes employés.

2 at. ac. chrômique.	1304
1 at. chlorure de potassium.	931
1 at. eau.	112
	2347

Atomes produits.

2 at. ac. chrômique.	1304
1 at. potasse.	589
2 at. ac. hydrochlorique.	454
	2347

On voit que les élémens se sont remis en présence pour produire le bi-chrômate de chlorure, lequel reprendra naissance, si l'on corrige l'action oxidante de l'eau par une quantité convenable d'acide hydrochlorique.

Il n'est donc pas possible de purifier ce sel par la cristallisation; on est obligé, pour l'avoir pur, de le comprimer entre des doubles de papier Joseph; et encore, dans mes nombreuses analyses, ai-je presque toujours obtenu un petit excès de chlore.

Le bi-chrômate de chlorure de potassium est un sel qui cristallise très-bien ; ses cristaux sont des prismes droits à base rectangulaire; leur couleur est celle du bi-chrômate de potasse ; ils ne sont nullement déliquescens.

Quant à ses autres propriétés, il est inutile de les énoncer; car ce sont celles de l'acide chrômique et du chlorure de potassium ; ainsi en présence de l'acide sulfurique, il donne un dégagement de bi-chlorure de chrôme, etc.

J'ai indiqué le moyen vraiment économique de préparer ce sel ; ce moyen n'est pas le seul ; on peut l'obtenir aussi, et d'une manière plus directe, en mélangeant 2 atomes d'acide chrômique avec 1 atome de chlorure de potassium, pourvu qu'on ait pris soin de rendre la liqueur acide au moyen de l'acide hydrochlorique.

On se le procure encore lorsqu'on traite le bi-chlorure de chrôme par l'eau saturée de chlorure de potassium ; et ici toutes les conditions favorables à sa formation sont remplies, puisque l'eau décompose le bi-chlorure de chrôme en acide chrômique et acide hydrochlorique.

La préparation facile de ce sel, et sa composition pouvant le rendre utile aux arts qui se servent d'acide chrômique, je dois faire remarquer que si, au lieu d'employer le bi-chrômate de potasse, on fait usage, pour le produire, du chrômate neutre, les cristaux obtenus sont mêlés de cristaux de chlorure de potassium.

C'est en traitant le bi-chlorure de chrôme par l'eau saturée des divers chlorures métalliques, que j'ai obtenu les bi-chrômates de chlorure de sodium, de calcium, de magnésium, et celui d'hydrochlorate d'ammoniaque : les trois premiers sont déliquescens; le quatrième est beaucoup plus soluble que le bi-chrômate de chlorure de potassium ; car la solubilité de ces sels, qui ont tous la même composition et les mêmes propriétés, paraît dépendre surtout de celle des chlorures qui leur servent de base.

Le bi-chrômate d'hydrochlorate d'ammoniaque se confond, par son aspect, avec celui de chlorure de potassium ; il a d'ailleurs la même forme cristalline.

Son analyse m'a donné :

Acide chrômique.	65,5
Acide hydrochlorique.	23,5
Ammoniaque.	10,8
	99,8

Voici sa composition calculée :

Acide chrômique.	66,0
Acide hydrochlorique.	23.2
Ammoniaque.	10,8
	100,0

Je n'ai pas pu obtenir les bi-chrômates de chlorure de baryum et de strontium, les dissolutions saturées de ces chlorures précipitant par une addition d'acide hydrochlorique.

Quant aux autres chlorures, je n'ai pas cherché à les combiner avec l'acide chrômique; je regarde d'ailleurs cette recherche comme peu intéressante, car, en admettant l'existence de ces composés, qui est probable, leurs propriétés sont connues.

Bien que les sels que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie n'aient point encore d'analogues dans la science, leur existence est si naturelle, si logique, qu'elle rend bien probable celle d'autres combinaisons du même genre entre d'autres acides oxigénés et les chlorures servant de bases.

De même, les rapports qui existent entre ces derniers et les cyanures, les sulfures, les fluorures, etc., ne portent-ils pas à penser qu'on doit obtenir avec ces corps et les mêmes acides oxigénés des combinaisons d'un assez grand intérêt?

L'existence de tels composés peut se prévoir, ce me semble, car dans l'état actuel de la science, et surtout dans la partie qui nous occupe, il n'est point désormais de faits isolés; tous se lient et s'enchaînent, et chaque observation nouvelle, loin d'infirmer en rien les lois qui doivent la régir, vient à son tour prendre la place que lui avait assignée à l'avance une saine théorie.

RAPPORT

DE

MM. Chevreul et Dumas

Sur ce mémoire.

Ce mémoire fait connaître une combinaison nouvelle, le bi-chrômate de chlorure de potassium; outre ce sel, l'auteur en a formé d'autres analogues, en substituant au chlorure de potassium des chlorures de même nature; mais il a été moins heureux quand il a essayé de remplacer l'acide chrômique par d'autres acides. Cependant, l'analogie permet d'établir que des composés très-variés pourront se former par de telles substitutions. Il suffit de bien saisir les conditions nécessaires au succès de l'expérience.

Le bi-chrômate de chlorure de potassium a été obtenu par l'auteur en faisant bouillir une dissolution de bi-chrômate de potasse avec de l'acide hydrochlorique. Le sel cristallise, par le refroidissement de la liqueur, en beaux prismes anhydres, d'une couleur rouge intense.

Toutes les méthodes qui mettent en présence le chlorure de potassium, l'acide chrômique et l'acide hydrochlorique reproduisent un semblable composé: mais il paraît indispensable à sa production que la liqueur renferme une certaine quantité d'acide hydrochlorique libre; ce qui s'explique du reste par les propriétés même du nouveau composé.

En effet, en présence de l'eau pure, ce sel l'absorbe immédiatement, perd sa transparence et devient blanc jaunâtre: si on le dissout dans l'eau, on obtient un produit qui, abandonné à l'évaporation, produit du bi-chrômate de potasse pur.

Que l'on dissolve, au contraire, le nouveau sel dans l'eau chargée d'acide hydrochlorique, et l'on obtiendra, dans les mêmes circonstances, le sel intact, sans aucune production de bi-chrômate de potasse.

Cette réaction particulière de l'acide hydrochlorique paraît se lier aux réactions encore obscures qui se passent entre les chlorures et l'eau; la décomposition de l'eau par les chlorures, long-temps admise par les chimistes, aujourd'hui presque abandonnée, est un de ces phénomènes qui échappent aux ressources actuelles de la science. Il paraît que, dans l'expérience que nous venons de citer, le chlorure de potassium décompose l'eau pure sans pouvoir décomposer l'eau chargée d'acide hydrochlorique.

Ce fait, ainsi interprété, se rattacherait à d'autres faits déjà connus, et conduirait à établir, pour quelques chlorures du moins, la décomposition de l'eau que l'on a rejetée. Nous engageons l'auteur à poursuivre l'examen de cette observation et à l'approfondir dans ce sens, pour en tirer toutes les conséquences qu'elle paraît susceptible de fournir, en ce qui concerne la théorie des chlorures et des hydrochlorates.

C'est en faisant agir le perchlorure de chrôme sur l'eau et sur les chlorures basiques, qu'il a été possible à l'auteur de multiplier facilement les composés analogues au bi-chrômate de chlorure de potassium. Il aurait pu les obtenir tous par ce moyen, et il n'eût pas été sans intérêt de multiplier davantage les essais de ce genre. L'auteur s'est borné à préparer les bi-chrômates de chlorure de sodium, de chlorure de calcium, de chlorure de magnésium, et le bi-chrômate d'hydrochlorate d'ammoniaque.

Les analyses de ces divers sels ont été faites par des moyens suffisamment corrects, et leur accord entre elles ne laisse pas de doute sur la nature réelle des composés obtenus.

Nous ne terminerons pas ce rapport sans rendre un juste hommage à l'un de nos confrères, qui, dans la discussion des faits les plus obscurs de la chimie, a su jeter souvent une foule d'aperçus neufs et féconds en conséquences importantes.

M. Ampère avait en effet, il y a bientôt vingt années, établi d'une manière précise et fondée sur des faits certains, le rôle identique des chlorures, des sulfures, des oxides, et en général des combinaisons binaires formées par les métaux et les corps non métalliques.

Ces idées, reproduites sous une autre forme et sous une forme moins heureuse par M. Berzélius, s'appliquent immédiatement au cas particulier étudié par M. Péligot. Dans les sels qu'il a découverts, il faut voir des bi-chrômates, où le chlorure joue le rôle que l'oxide joue lui-même dans les chrômates ordinaires. Ce rôle, si difficile à entendre, ce nous semble, dans les opinions professées par M. Berzélius, est au contraire tout simple et parfaitement prévu dans le système d'idées que vos commissaires ont adopté dans leurs ouvrages, et qui remonte au travail de M. Ampère que nous avons rappelé plus haut.

Le mémoire de M. Péligot renferme des faits nouveaux, bien étudiés; ces faits sont importans pour la théorie générale des combinaisons salines. A ces titres, nous pensons que l'Académie doit engager l'auteur à poursuivre ce genre de recherches, et qu'elle doit accueillir ce premier mémoire pour son recueil des savans étrangers.

L'Académie adopte les conclusions de ce rapport.

NOUVELLES DES SCIENCES.

—

NOUVELLE POMME-DE-TERRE DU GENRE DES OXALIDES.

Nous avions appris d'abord, par le voyage de Stevenson dans l'Amérique du Sud, qu'on y cultivait une

espèce de pomme-de-terre très-douce et sucrée, bien meilleure au goût que la solanée parmentière, et appartenant à un tout autre genre de plantes. Elle n'a été apportée en Europe qu'en 1831, par D. Douglas, et elle a été plantée en Angleterre par le savant botaniste, M. Lambert. Elle a fort bien supporté l'hiver. Un seul tubercule en donna 90 pesant quatre livres. Il suffit de les faire bouillir dans de l'eau pendant 10 minutes pour qu'ils soient mangeables, leur saveur se rapproche de celle de la châtaigne. Ce végétal pousse de tiges rougeâtres, succulentes, portant des feuilles trifoliées en forme de cœur renversé, comme les alleluya. Les fleurs sont jaunes et leurs pétales crénelés. La plante avait été déjà décrite par Jacquin, sous le nom *d'oxalis crenata*.

Les plantes de ce genre, dont la plupart sont si riches en acide oxalique, offrent ainsi une sorte de production alimentaire, de fécule et de sucre. Ne pourrait-on pas dire que ces matériaux, transformables les uns dans les autres, présentent un nouvel exemple de chimie végétale dans le genre des plantes oxalidées? Comme on voit ailleurs se succéder la gomme, le sucre, la fécule, dans le cours de la même végétation, on voit aussi des acides repasser à un autre état, selon que les quantités de carbone et d'hydrogène viennent à prédominer par l'acte de la végétation.

DESCRIPTION

DE LA PLANTE QUI FOURNIT LA GOMME AMMONIAQUE.

Lorsque nous avons annoncé, dans le *Journal de Pharmacie* (tom. XVIIe., an. 1831, p. 206), que M. David Don avait reconnu la véritable plante, d'où la gomme ammoniaque exsude, sa description n'avait point encore été publiée. Cette description a paru depuis dans le *Philosophical magazine* (Nouv. série, vol. IX, n° 49, p. 47.) L'échantillon apporté du nord de la Perse ou du Chorasan, par le lieutenant colonel Wright, offrait, avec les mêmes semences qu'on trouve dans la gomme ammoniaque du commerce, les exsudations gommo-résineuses absolument semblables à celles des pharmaciens. M. Don regarde le nouveau genre qu'il a établi sous le nom de *dorema* (*ammoniacum*), comme différant essentiellement des *ferula* et des *opopanax*; il le range dans la tribu des peucédanées de M. de Candolle. Voici les caractères du nouveau genre;

Dorema (car. génér.). *Discus epigynus cyathiformis. Achenia compressa, marginata : costis 3 intermediis distinctis, filiformibus. Valleculæ univittatæ. Commissura 4 vittata.*

Herba persica, robusta, facie ferè opopanacis. *Folia ampla, subbipinnata. Umbella prolifera, subracemosa. Umbellulæ globosæ, breviter pedunculatæ. Flores sessiles, lanugini submersi!*

M. Don ajoute quelques observations sur la plante à *galbanum*; on savait que le *bubon galbanum*, L., n'a rien de commun avec la vraie galbanifère, que M. Don regarde comme formant un nouveau genre voisin des *siler*, sous le nom de *galbanum officinale*. Cette ombellifère se distingue par l'absence de canaux résinifères dorsaux, dans le fruit et par la commissure qui n'en porte seulement que deux.

Dioscoride faisait dériver le nom d'ammoniacum de Hammon, ou Jupiter Ammon, dont le temple était situé dans les déserts de la Cyrénaïque, et près duquel croissait, dit-on, la plante de l'ammoniaque; mais il est certain que celle-ci ne croît qu'en Perse. C'est le siler, sorte d'*assa fœtida*, qu'on apportait de cette partie de l'Afrique voisine de la Libye, qui se rapproche de la Cyrénaïque.

DESCRIPTION

DE L'ARBUSTE DU BDELLIUM.

Cet arbuste qui ressemble au *rhus oxyacantha*, est dédié à M. Heudelot, jardinier en chef, au Sénégal. *Heudelotia africana* (térébinthacée), flores hermaphroditi, calyx monosepalus, tubulosus, 4 dentatus, coloratus; petala, 4 lineari-obtusa, stamina 8 libera; 4 petalis alterna longiora, 4 opposita breviora; stylus simplex, drupa exsucca pisiformis, acuminata, unilocularis, 1 sperma. Semen appensum. Arbuscula ramosa, dumosa, spinescens, foliis trilobatis, foliolis inciso dentatis; floribus rubellis, fasciculatis. Arbuscula ramosa 8-10 pedes altâ; ramulis axillaribus spinescentibus; folia alterna, leviter petiolata, trifoliata, denticulata, foliis obovalibus, foliolo medio lateralibus majori. Flores minimi rubro-rosei, fasciculati. Calyx tubulosus, rectus rubellus, 4 dentatus.

Drupa indehiscens.

Crescit frequentissimè in sabulosis et aridis Senegaliæ interioris; floret martio et aprili. (*Flore de la Sénégambie*, t. I, p. 15, par Guillemin, Perrottet, A. Richard. Paris, in-4°. 1831. Fig., tab. 39.)

ANALYSE

DES PÉRICARPES PIERREUX DU GRÉMIL,

Lithospermum officinale.

Il est remarquable que des substances minérales soient si abondamment sécrétées dans les enveloppes des graines du grémil; nulle autre plante connue, parmi les dicotylédones, n'en a présenté encore un semblable exemple, surtout pour la quantité de silice. Celle-ci n'avait été retrouvée en aussi grande quantité que dans les tiges de certains *calamus* et d'*equisetum*. M. Lehaute, en brûlant des graines de *lithospermum officinale*, a vu qu'elles ne changeaient pas de forme, et qu'elles donnent à l'analyse, sur 100 parties, 43,70 de carbonate calcaire, 39,8 de matière végétale avec du phosphate de chaux, de l'oxide de fer et des traces de potasse et de manganèse : enfin 1,5 de silice pure, qui paraît constituer une sorte d'émail dur à la surface polie de ces semences. Elles sont véritablement dans une coque de pierre.

J.-J. Virey.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE

Sur le sirop d'orgeat;

Par B. Germain,

Pharmacien à Fécamp, membre correspondant de plusieurs Académies et Sociétés savantes, président du Tribunal de commerce, etc., etc.

Depuis que le sirop d'orgeat est en usage, usage dont l'époque ne paraît pas très-éloignée, puisque les pharmacopées du seizième siècle n'en font point mention, on a proposé divers modes de préparation, tant pour la rendre plus commode, plus facile et plus prompte, que pour en prévenir la séparation.

La méthode de piler les amandes avec une plus ou moins grande proportion de sucre, dans l'intention de les mieux diviser plus aisément, et de prévenir la mise à nu de leur huile, est généralement aujourd'hui la plus suivie, malgré que Baumé ait persisté à recommander de lui préférer l'eau.

Toutes les formules qui jusqu'à ce jour ont été publiées à son sujet (1), soit qu'elles indiquent de piler les amandes avec de l'eau ou avec du sucre, conseillent d'en faire une émulsion et de soumettre le marc à la presse, opération longue, difficile, et à la faveur de laquelle on n'extrait qu'une partie des principes et du parenchyme des amandes, principalement si on ne les pile d'abord qu'avec une certaine portion de l'eau, dans l'intention de les piler de nouveau après les avoir exprimées; car dès que les amandes ont été abreuvées d'eau, on ne peut plus, si long temps qu'on les pile, les diviser sensiblement davantage qu'elles ne l'avaient été avant d'être mouillées. Ce double et fatigant travail est donc sans utilité aucune, nonobstant encore l'opinion contraire du savant praticien Baumé, et comme le démontre l'énorme résidu qu'elles laissent par son procédé.

La plupart des auteurs ne sont point d'accord sur les quantités d'amandes amères et douces, ni même sur celle du sucre et de l'eau, et quelquefois encore sur la proportion et la nature des aromates, sans cependant qu'ils aient expliqué d'une manière satisfaisante ce qui les a portés à modifier la recette primitive; car le sirop d'orgeat préparé d'après Baumé, c'est-à-dire dans lequel entrent parties égales de ces amandes, a long-temps été employé, et c'est encore chaque jour sans que cependant on ait eu l'occasion de remarquer aucun mauvais effet des propriétés narcotiques des amandes amères.

Le tableau suivant, que nous aurions pu étendre bien davantage, donne une idée de la différence qui existe entre ces formules : nous avons pris pour terme de comparaison l'emploi de trois livres d'eau.

NOMS des AUTEURS.	QUANTITÉS d'amandes amères.	QUANTITÉS d'amandes douces.	Quantités d'eau employées.	QUANTITÉS de SUCRE employées.	QUANTITES D'EAU de FL. D'ORANGER ET D'ESPR. DE CITRON.		QUANTITÉS D'AROMATES DIVERS.
					Eau.	Esprit.	
Baumé. .	onc. 9	onc. 9	livr. 3	livr. 5	onc. 2	gr. 9	»
Machy. .	onc. 8	livr. 2	»	livr. 6	onc. 6	»	»
Codex. .	onc. 6	onc. 12	»	livr. 5 onc. 1	onc. 2 gr. 2	ou gr. 3	»
Oulés. . .	onc 8	livr. 1	»	livr. 5	onc. 2	»	ess. de cit. gr. 1/2, 3.
Gruel. . .	onc. 4 gr. 5	onc. 14	»	livr. 5 onc. 2	onc. 1 gr. 1	»	»
Pélerin. .	onc. 4 1/2	onc. 13 1/2	»	livr. 5 onc. 9	gr. 1 +	»	eau de roses gr. 9.

Depuis la publication du Codex, M. Oulès (*Journal de Pharmacie*, tome VII, page 381) a donné une manière de préparer le sirop d'orgeat, qui, dit-on, a été approuvée par les uns et critiquée par les autres, et qui ensuite a été l'objet d'observations faites par MM. Gruel et Pélerin, qui à leur tour ont proposé de nouveaux procédés, qui ont été publiés dans le même journal, t. IX, p. 157 et 291.

M. Oulès recommande de piler les amandes sans eau, avec le quart du sucre à employer, jusqu'à ce que leur huile les surnage de beaucoup; d'ajouter alors l'eau pour former une émulsion; de presser le marc; d'y faire fondre le sucre restant à la température de 40°; d'enlever l'albumine et d'aromatiser. M. Oulès assure ensuite que cette manière d'opérer procure un sirop d'orgeat constamment homogène.

Le procédé de M. Gruel consiste à faire sécher les amandes mondées dans une toile; à les piler avec deux livres de sucre à employer; à former une émulsion avec les deux tiers de l'eau nécessaire; à la passer, ce qui a lieu sans qu'aucun résidu ne reste sur la toile; à ajouter le reste de l'eau et du sucre; à le faire fondre sur un feu doux; à délayer dans les aromates la pellicule qui se forme pendant le refroidissement, et à la mé-

(1) Si ce n'est celle de M. Gruel, et peut-être celle de M. Pélerin.

langer au sirop qui, selon M. Gruel, ne se sépare point non plus.

Enfin, selon celui de M. Pélerin, il faut monder les amandes ; les sécher en les exposant pendant douze heures dans une étuve chauffée à 20° ; les diviser par portions de quatre onces ; les piler avec égale quantité de sucre ; faire du tout une émulsion que l'on passe d'abord par une toile un peu lâche, et ensuite par une autre plus serrée, pour qu'elle retienne une certaine quantité de la fibre végétale qui était passée à travers la première ; ajouter le restant du sucre, le faire fondre sur un feu doux ; enlever et délayer la pellicule dans de l'eau de fleurs d'oranger et de l'eau de roses, et la mélanger au sirop.

M. Pélerin ajoute que l'avantage de son procédé est de ne mettre que deux heures et demie à préparer le sirop d'orgeat, au lieu de six que demandent les procédés ordinaires : nous supposons celui du Codex.

Passant en revue ces divers procédés, nous observerons : 1° sur celui de M. Oulès.

A. Sans nous arrêter sur l'inconvénient de provoquer la mise à nu de l'huile des amandes, au lieu au contraire de la prévenir, signalé par MM. Henry et Guibourt, que nous trouvons fort étrange avec M. Pélerin, qu'un pharmacien prétende former une meilleure émulsion en faisant sortir l'huile des amandes comme il le fait ; car l'expérience démontre à chaque instant que lorsqu'on ne prévient pas sa mise à nu soit par l'eau ou le sucre, lors même qu'elle serait peu abondante comme dans les préparations magistrales, les émulsions ne sont point aussi denses, se séparent beaucoup plus promptement, et ne se mélangent plus ensuite par l'agitation que très-imparfaitement.

B. Qu'une fois que l'huile sort des amandes, il n'est guère possible, si long-temps qu'on les pile, de les amener à cet état de division extrême, utile pour la préparation du sirop d'orgeat, qu'elles s'attachent au pilon, et sont à tous momens enlevées du mortier et jetées à terre.

C. Que comme la division infinie des amandes ne peut se faire que par la percussion et jamais par la trituration ou l'épistation, c'est-à-dire par le frottement, si ce n'est sur la pierre à chocolat, mais dont le secours ne pourrait remplir le but de M. Oulès, puisque l'huile s'en échapperait ; il est impossible de piler les amandes assez long-temps pour les faire surnager par leur huile, parce qu'en outre de la contrariété qui fait l'objet de l'observation précédente, le pilon la ferait indubitablement sauter hors le mortier à fur et mesure qu'elle deviendrait libre, s'en couvrirait et gâterait tout ce qui serait autour de lui.

D. Que c'est parce que les amandes sont imparfaitement pilées que M. Oulès est obligé de les mettre à la presse.

E. Que la soustraction de la pellicule qui se forme pendant le refroidissement, à laquelle M. Oulès donne avec raison le nom d'albumine quoique contenant aussi le parenchyme et l'huile des amandes, n'en prévient point la séparation, et que c'est à tort qu'il annonce que son procédé procure un sirop d'orgeat constamment homogène.

F. Que cette soustraction dénature en outre considérablement le sirop d'orgeat, et lui enlève la majeure partie de ses propriétés (1).

G. Enfin, que par ces différens motifs, la manière de préparer le sirop d'orgeat, selon M. Oulès, doit être écartée.

2°. Sur le procédé de M. Gruel.

A. Qu'en effet le simple desséchement des amandes dans une toile est non-seulement suffisant, mais indispensable essentiellement ; non pas parce que nous pensons, comme M. Gruel, que l'eau dont elles pourraient être mouillées, s'unissant au sucre, empêcherait qu'il ne formât un oleo-saccharum avec leur huile, mais pour éviter qu'elles ne s'échappent sous le pilon et ne soient lancées hors du mortier.

B. Que deux livres de sucre sont insuffisantes pour absorber l'huile qui sort des amandes, pendant qu'on les amène à cet état de division infinie et nécessaire pour la préparation du sirop d'orgeat.

C. Que de former une émulsion avec les deux tiers de l'eau à employer, de la passer avant d'y ajouter l'autre tiers et le reste du sucre, sont des précautions inutiles qui prolongent l'opération.

D. Que c'est sans doute par oubli que M. Gruel ne recommande point de couler son sirop terminé, c'est-à-dire après que la pellicule délayée dans les aromates y a été mélangée, car ce soin est indispensable, tant pour en séparer les impuretés que la seconde partie du sucre, que les grumeaux surtout que cette pellicule aurait pu y introduire, puisque, quelqu'attention que l'on prenne quand on la triture, certaines portions échappent toujours au pilon.

E. Que la totalité de la substance des amandes qui entre dans le sirop de M. Gruel n'est ni capable de l'altérer plus promptement que quand il y en entre une plus faible partie, malgré l'opinion contraire de M. Guibourt, sur laquelle nous reviendrons plus tard, ni d'en empêcher ni ralentir la séparation.

F. Enfin qu'il n'est pas exact de dire non plus que le sirop d'orgeat préparé de cette manière ne se sépare pas.

Et 3° sur le procédé et les observations de M. Pélerin.

A. Que la recommandation de sécher les amandes dans une étuve chauffée à 20° est tout-à-fait sans objet.

B. Que de diviser les amandes par portions de quatre onces est aussi une précaution inutile, comme nous le démontrerons bientôt.

C. Que de les piler avec leur poids de sucre est également une proportion insuffisante pour absorber l'huile qui en sort tandis qu'on les pile.

D. Que de passer d'abord l'émulsion par une toile d'un tissu lâche, et ensuite par une autre dont les mailles sont plus serrées, et enfin le sirop, sont trois opérations dont les deux premières sont absolument inutiles, et qui occasionnent perte de temps et de matières.

---

(1) Quand on opère à une température très-peu élevée comme le recommandait avec raison M. Oulès, il n'y a pas coagulation de la matière albumineuse et la croûte superficielle est peu de chose. E. S.

E. Que sur tout sirop d'orgeat, où le sucre entre en proportion convenable eu égard à l'eau employée, et qui a été fondu sur un feu doux, il ne se forme point de pellicule cristalline ; cette pellicule est au contraire peu consistante, et, pour cette raison, assez difficile à complètement enlever.

F. Que la présence, comme nous l'avons déjà dit, de tout le parenchyme des amandes dans le sirop d'orgeat, ne l'altère point ni immédiatement ni consécutivement, soit en provoquant plus tôt la séparation, soit en le disposant prématurément à la fermentation acide.

G. Enfin, que c'est vraisemblablement par erreur que M. Pélerin dit que la préparation du sirop qui nous occupe demande six heures par les formules ordinaires.

A l'appui de ces observations, nous allons premièrement décrire le procédé que nous suivons.

Depuis long-temps nous nous occupons de trouver le moyen de préparer promptement le sirop d'orgeat et d'en prévenir la séparation ; mais, sous ce dernier rapport, nos effets ont constamment été infructueux, et n'ont fait que confirmer ce que Baumé a dit à son sujet, et nous faire reconnaître avec lui que la séparation qui s'opère dans ce sirop est forcée par la nature et la pesanteur des parties constituantes des amandes qui entrent dans sa composition, qui ont été rendues libres pendant sa préparation, et que lors même que l'on trouverait, par un intermède quelconque, la possibilité de les y combiner, ce ne pourrait jamais être qu'en altérant ou modifiant ses propriétés, et que néanmoins, n'importe la quantité de leur parenchyme qui y serait entrée, celui-ci s'isolerait cependant encore.

Quelques années avant la publication des procédés de MM. Oulès et Gruel, nous avions conçu celui que nous allons décrire; et si nous ne l'avons point encore fait connaître, c'est que nous voulions que quelques années d'expériences nous missent à même de bien en apprécier la valeur ; que nous avons ensuite été arrêtés par les communications de nos deux confrères, et que d'autres travaux nous ont obligé d'ajourner les nombreuses, constantes et positives observations qui font le sujet de ce mémoire, que nous avions trouvé utiles d'entreprendre, à raison des assurances qu'ils donnaient, que, par leurs manières de préparer le sirop d'orgeat, on en obtenait qui ne se séparait pas.

Nous y avons été conduits, 1° par l'opinion que nous avions entendu émettre à M. Josse, pharmacien à Paris; cet habile praticien prétendait que, si on parvenait à faire entrer toute la substance des amandes dans le sirop d'orgeat, on préviendrait sa séparation. Nous savons que dans cette intention il avait essayé de les diviser sur la pierre à chocolat, mais qu'il n'avait point réussi; probablement parce qu'il n'avait point employé assez de sucre, et qu'il aura été contrarié par la sortie de l'huile; et 2° parce que nous nous étions dit, que dès qu'en toute circonstance le sirop d'orgeat se sépare, et que soit qu'on ait pilé les amandes avec l'aide de l'eau ou du sucre, soit qu'on y ait fait entrer une plus ou moins grande quantité de la substance des amandes, et qu'on l'ait fait plus ou moins chauffer, on peut, par une agitation plus ou moins prolongée, lui redonner son homogénéité première. Il devenait préférable d'adopter une méthode au moyen de laquelle on pourrait y faire entrer le plus possible de la substance des amandes, parce que, contenant plus de leurs principes, il aurait plus de propriété; comme aussi de lui faire jeter un bouillon, parce qu'on serait plus assuré de l'entière solution du sucre, et que la pellicule, prenant d'ailleurs plus de consistance par le refroidissement, serait plus facile à enlever pour ensuite être délayé dans les aromates et rendue au sirop. Et nous nous sommes d'autant plus maintenus jusqu'à présent dans notre manière de préparer le sirop d'orgeat, que nous nous sommes itérativement assurés que notre sirop, mélangé avec de l'eau, formait une émulsion plus dure que celles produites par les sirops de Baumé et de M. Oulès, qu'elle n'était point inférieure à celle qui avait été préparée avec celui de M. Gruel, ni avec aucune autre, sous le rapport du goût ou de sa séparation, et enfin parce que notre sirop se conserve très-bien.

Voici comme nous procédons, en employant la moitié des proportions indiquées par le Codex.

Nos amandes, mondées et essuyées dans une toile, sont immédiatement pilées dans un mortier de marbre de onze pouces de diamètre et de sept pouces et 1/2 de profondeur, avec un pilon de buis de quatre pouces et 1/2 de diamètre, avec la totalité du sucre, que nous n'ajoutons que par petites portions et à fur et mesure que nous remarquons qu'elles tendent à former pâte. Au bout d'une heure et demie au plus, nous obtenons une poudre dont quelques grains de sucre seulement font impression sous les doigts; nous la mettons de suite dans une bassine d'argent, la délayons dans l'eau utile, avec une écumoire aussi d'argent, et plaçons la bassine sur un feu vif de manière à porter rapidement le mélange à l'ébullition, que nous agitons sans discontinuer avec l'écumoire afin d'éviter qu'il ne brûle et faciliter sa confection ; aussitôt qu'il bout, nous retirons la bassine de dessus le feu, la laissons refroidir, enlevons et divisons, dans l'eau de fleurs d'oranger et l'esprit de citron, la pellicule qui s'est formée, et la mélangeons au sirop que nous versons sur une toile préalablement lavée, tant pour en retirer le goût du linge que pour en resserrer les mailles, par une légère torsion. Le sirop la traverse sans peine, et n'y laisse aucun résidu ; nous le mettons en bouteilles que nous remplissons jusqu'à la naissance du col, et nous les tenons renversées, à la cave, au moyen de trous pratiqués à une planche à cet effet et après avoir eu soin d'assujettir les bouchons avec des ficelles placées en croix ; enfin, nous les agitons de temps en temps, de cette manière nous évitons qu'il ne se forme un magma dans le cou, nous lui restituons son homogénéité très-facilement, et nous le conservons indéfiniment sans qu'il s'altère aucunement.

Tel était, en effet, le procédé que nous avons suivi jusqu'à présent; mais nos expériences comparatives nous ayant démontré que le sirop d'orgeat, préparé à une douce chaleur, se sépare moins que celui que l'on a fait bouillir, nous avons dû le modifier sous ce rapport, c'est-à-dire, prendre la résolution de ne le faire désormais chauffer que modérément, et seulement ce qui sera nécessaire pour bien diviser la poudre d'a-

mandes et faire fondre le sucre dans l'eau ; cette circonstance nous a ensuite suggéré l'idée de prévenir la formation de la pellicule en agitant le sirop jusqu'à son entier refroidissement, puisqu'il est vrai qu'elle ne peut rien ajouter à sa qualité, et à l'aromatiser directement. Déjà nous en avons préparé de cette manière, et nous avons tout lieu de croire que les nouvelles modifications que nous venons d'apporter à la formule du sirop d'orgeat lui procureront le maximum d'améliorations dont elle est susceptible.

Nous mettons de suite la poudre d'amande et de sucre du mortier dans la bassine, parce que, bien que nous employons tout le sucre, néanmoins l'huile est encore tellement à nu, que, mise sur un papier, il en est immédiatement imprégné ; effet qui a également lieu plusieurs mois après sa séparation. Cependant, en ayant mis dans trois flacons que nous avons ouverts de mois en mois, dans l'intention de connaître si elle s'altérerait à une époque plus ou moins éloignée de la confection, nous l'avons conservée quatre mois sans que l'huile s'en soit séparée et sans qu'elle se soit détériorée; nous y avons seulement remarqué des petites agglomérations jaunes qui étaient le résultat d'une plus grande proportion d'amandes que de sucre dans cette partie de la poudre, mais aucune n'avait pris mauvais goût; et nous venons de préparer du sirop avec de la poudre renfermée dans ces trois flacons, qui est le même et aussi parfait que si on l'eût tirée du mortier ; aussi ne balançons-nous pas à avancer qu'au moyen de cette poudre, préparée à l'avance, on pourrait ne faire du sirop d'orgeat qu'à fur et mesure du besoin ; mais, dans ce cas, nous recommanderions de la passer par un tamis de crin afin d'en mieux mélanger les parties constituantes. Mais cette poudre doit toujours être convertie en sirop pour être employée, en ce qu'elle se divise mal dans l'eau même chaude, malgré la présomption contraire que pourraient faire former les beurres d'amandes recommandés par plusieurs pharmacopées étrangères, comme pouvant faire immédiatement une émulsion avec l'eau et tenir par-là lieu de sirop d'orgeat.

Quant à la totalité du parenchyme des amandes qui se trouve dans le sirop de M. Gruel, aussi bien que dans le nôtre, nous soutenons que cela est tout-à-fait insignifiant, parce qu'une plus forte proportion ne provoque point plus tôt son altération, ni n'accélère, ni ne retarde sa séparation ; l'expérience le démontre, mais la réflexion seule est suffisante pour en convaincre : en effet, par toute espèce de procédé, il y en entre toujours une certaine quantité ; peut-on alors raisonnablement dire qu'un peu plus ou un peu moins devient capable de disposer prématurément ou prévenir la fermentation acide du sirop d'orgeat? puisque, d'après l'analyse de M. Boullay (*Journal de Pharmacie*, tome III, page 337), les amandes n'en contiennent qu'environ quatre parties sur cent; et de là la demi-dose du codex, sur laquelle nous opérons à peu près une demi-once, ou la livre de sirop deux scrupules. C'est donc une grave erreur que de croire que l'introduction de toute la substance des amandes dans le sirop d'orgeat nuit à sa conservation.

Il résulte de nos expériences :

1° Que Baumé a dit vrai en annonçant que de quelque manière qu'on prépare le sirop d'orgeat, on ne l'empêchera point de se séparer; mais que cette séparation peut avoir lieu plus ou moins promptement, et être plus ou moins prononcée selon la méthode qui a été suivie ;

2° Que le même auteur a eu tort de dire que la partie inférieure du sirop d'orgeat séparé est claire, transparante et ne blanchit point l'eau, quoiqu'elle reste constamment louche et forme une émulsion avec l'eau, à la vérité moins dense que celles préparées avec le sirop homogène et la partie intermédiaire ; peut-être aussi que, dans du sirop conservé indéfiniment, elle finirait par devenir ce que l'a dit être Baumé, car nous avons remarqué qu'elle s'éclaircissait de plus en plus chaque fois que le sirop avait été de nouveau agité ; mais je ne pense pas que sans intention on en amène jamais à ce point-là.

3° Que le moyen le plus assuré pour réduire les amandes en poudre impalpable pour les faire entrer en totalité dans le sirop d'orgeat, et d'en absorber l'huile à fur et mesure qu'elle s'échappe des vésicules qui les renferment, est de les piler dans un mortier de marbre avec toute la proportion du sucre qui doit être employée pour le préparer.

4° Qu'il est inutile d'user de l'étuve pour sécher les amandes ; qu'il suffit de les bien essuyer dans une toile.

5° Qu'il est aussi superflu de les diviser par petites portions pour les piler plus promptement, puisque moins d'une heure ou deux suffisent pour réduire en poudre très-tenue dans un mortier de 12 pouces de diamètre, la moitié des doses indiquées par le Codex qui représente la totalité de celles de M. Pélerin, et qu'il est probable que la dose entière n'exigerait point plus de temps dans un mortier de plus grande dimension.

6° Que, bien que toute l'huile des amandes paraisse unie au sucre lorsque la poudre est terminée, il s'en trouve cependant une grande quantité qui est encore à nu, ce qui se démontre si on la met sur un papier, en ce qu'il en est immédiatement imprégné.

7° Que néanmoins cette poudre se conserve très-bien dans un flacon bien bouché, sans qu'elle se moisisse et sans que l'huile s'en sépare, ni ne s'y combine plus intimement, puisqu'après quatre mois de conservation elle produit le même effet sur le papier que celui que nous venons de citer.

8° Que pour cette raison on pourrait en avoir toujours à l'avance et n'en faire du sirop que lorsqu'on en aurait besoin.

9° Que, pour être employée, il est indispensable de la convertir en sirop, parce qu'elle ne peut directement former une émulsion dans l'eau, même chaude.

10° Qu'il est absolument inutile de faire d'abord une emulsion, de la passer, d'y faire fondre ensuite le sucre, de passer le sirop, etc., parce que toutes ces opérations peuvent être réduites en une seule, comme le prouve notre procédé.

12° Que, soit qu'on fasse le sirop d'orgeat à la température de 40°, ou par ébullition; soit qu'on pile les amandes avec de l'eau ou avec plus ou moins de sucre, soit qu'on les y fasse entrer en totalité ou partie, il ne se sépare pas moins ; mais que cette séparation est plus

lente, et que les parties qui s'élèvent se rapprochent moins dans la première de ces circonstances.

13° Qu'il se forme trois couches dans la séparation du sirop d'orgeat, une qui occupe la partie supérieure du verre, qui est plus ou moins volumineuse, selon le mode de préparation qui a été suivi, moins opaque et plus consistante que la couche intermédiaire, qui elle-même, par les mêmes motifs, occupe plus ou moins d'espace, et est gradativement moins épaisse de sa partie inférieure à sa partie supérieure ; et enfin une troisième qui est plus ou moins louche et considérable, selon l'élévation des autres ; mais que ces trois couches, encore par les mêmes raisons, se confondent plus ou moins aisément par une plus ou moins longue agitation du vase qui le contient, qui le remet alors dans son premier état.

14° Que, pour que cette agitation soit plus facile, il convient de n'emplir les bouteilles dans lesquelles on le conserve, que jusqu'à la naissance du col ; d'assujettir les bouchons avec de la ficelle, et de les tenir renversées, parce qu'alors les parties épaisses offrent plus de surface et se mélangent commodément, tandis qu'autrement elles se trouvent resserrées dans le col, et portées pendant l'agitation vers le bouchon, et de là plus difficile à atteindre par les parties plus liquides, et aussi parce qu'on en prévient la moisissure ou l'acescence.

15° Enfin, que la différence qui existe dans la proportion de parenchyme qui se trouve dans le sirop d'orgeat, où entre la totalité des amandes, et dans celui où elles n'y sont qu'en partie, étant trop faible pour qu'elle puisse plus tôt y déterminer la fermentation acide, ou y occasioner une action défavorable quelconque, surtout si on observe toutes les précautions que nous avons indiquées, tant pour sa préparation que pour sa conservation, il vaut mieux suivre le procédé au moyen duquel elles ne laissent aucun résidu sur la toile, parce que c'est indubitablement celui qui lui procure le plus de propriétés.

J'ai répété le procédé de M. Germain, et j'ai reconnu, comme il l'annonce, que la pulvérisation des amandes avec la totalité du sucre hâte leur division d'une manière très-marquée. On abrège encore davantage l'opération, si l'on a le soin de réduire préalablement les amandes en poudre grossière, en les faisant passer au moulin comme lorsqu'il s'agit d'en extraire l'huile. D'après la texture des amandes et la délicatesse de leur tissu, il est évident qu'on ne peut extraire toute la partie émulsive, qu'autant que l'on brise toutes les cellules, et qu'arrêter la division des amandes pour ne pas introduire ce parenchyme dans le sirop : c'est dans le fait diminuer la dose des amandes, les parties qui se sont broyées les dernières étant de la même nature que celles qui ont d'abord été divisées. Ainsi la première condition à remplir est de ne pas laisser de résidu, ou d'en laisser très-peu, et c'est le résultat auquel on arrive plus promptement que par tout autre moyen, en suivant la méthode de M. Germain.

M. Oulès, est, je crois, le premier qui ait recommandé de faire le sirop à une très-douce chaleur ; mais il ne paraît pas qu'il se soit bien rendu compte de la cause de cette préférence. M. Germain vient de reconnaître que le sirop ainsi préparé se sépare moins vite, et cela se conçoit très-bien. Si la température ne dépasse pas 40 à 45° centigrades, la matière albumineuse des amandes reste dissoute et n'a pas tendance à se séparer ; ensuite le sirop, délayé dans l'eau, reproduit une émulsion toute pareille à celle que les amandes auraient fournie directement ; elle est plus agréable et moins épaisse que lorsqu'elle retient l'albumine coagulée en suspension.

J'ai pu reconnaître que le sirop fait ne passe pas aussi facilement à travers une toile que M. Germain l'assure ; mais, en définitive, la peine qu'il faut prendre alors pour l'exprimer est bien loin d'équivaloir à l'économie de temps et de fatigue que l'on a obtenue dans la première partie de l'opération.

E. Soubeiran.

NOTE

SUR LES PRÉPARATIONS DE L'EAU DE LAITUE ;

Par Arnaud,

Pharmacien à Nancy, membre correspondant de la Société des sciences physiques et chimiques.

La rapidité avec laquelle l'eau de laitue s'altère et perd ses propriétés, m'a fait naître l'idée de distiller le suc exprimé des tiges et des feuilles de cette plante en pleine fleur. J'obtiens de ce suc une eau d'une odeur vireuse presqu'aussi vive que celle du *lactucarium* et susceptible d'une longue conservation ; les propriétés de cette eau sont même tellement prononcées, qu'étendue dans deux fois son poids d'eau distillée elle a encore plus d'odeur et de saveur que celle préparée à l'aide de plusieurs cohobations successives ; et, dans le courant de sa deuxième année, cette même eau, coupée à partie égale, offre encore un médicament de meilleure qualité que l'eau de laitue de cinq à six mois de préparation, obtenue par tout autre procédé.

D'où je crois pouvoir conclure qu'il conviendrait de préparer l'eau de laitue (calmant jusqu'à ce jour trop peu apprécié, et cela en raison du peu de fixité de sa qualité) par la distillation du suc exprimé de cette plante, sauf à ramener, *au fur et à mesure de la consommation*, le produit au degré de celui obtenu suivant le procédé du Codex, du moins jusqu'au moment où, la supériorité de l'eau obtenu par ce mode de distillation étant bien constatée, MM. les médecins se détermineront à prescrire l'*eau distillée de suc de laitue* (1).

---

(1) Nous avons répété ce procédé qui nous paraît avantageux et qui fournit un excellent produit. Plusieurs autres modes de préparation de l'eau de laitue nous ayant été adressés, nous nous occupons de les comparer, et nous y reviendrons dans un prochain numéro.

JOURNAL

DE CHIMIE MÉDICALE,

DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

RÉDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

(JUIN 1833.)

NOTE.

SUR L'EMPLOI DE CHLORE ET DES CHLORURES ALCALINS

Pour enlever la couleur noire formée par l'action de l'acide hydrosulfurique sur les tableaux-peinture (1) ;

Par M. A. CHEVALLIER,

Chimiste, membre du conseil de salubrité.

Lorsque M. Thénard publia son travail sur le deutoxide d'hydrogène, l'*eau oxigénée*, cet illustre professeur fit connaître l'usage qu'on pourrait faire de ce nouveau produit pour restaurer avec succès les anciens dessins, et enlever les taches noires qui se produisent à ces dessins, et qui sont le résultat de l'acide hydrosulfurique sur la *céruse*, employée dans la peinture, qui se trouve convertie en sulfure par l'action de l'acide qui se forme dans certaines circonstances, et qui se répand dans l'air.

Les expériences de M. Thénard ont démontré que le sulfure de plomb, dont la couleur est noire et comme métallique, pourrait être converti en sulfate par l'action de l'eau oxigénée, et que, lors de cette conversion, la couleur noire du sulfure était remplacée par la couleur blanche du sulfate; enfin, que le dessin reprenait sa couleur primitive.

Les résultats qu'on tira de l'emploi de l'eau oxigénée furent ensuite appliqués, d'après les conseils de M. D'Arcet, par M. Devilliers, sur les tableaux peints à l'huile; et quoique les difficultés, dans cette circonstance, fussent plus grandes, le succès fut complet. En effet, des tableaux qui avaient été noircis par l'acide hydrosulfurique, ayant été traités par l'eau oxigénée, ils furent ramenés à leur teinte primitive. Ainsi, l'huile en empâtant les couleurs, n'avait pas empêché l'eau oxigénée de réagir sur la céruse convertie en sulfure de plomb, et de le faire passer à l'état de sulfate. (*Annales de l'industrie nationale et étrangère*, tome VII, n° 3, septembre 1832. Une circonstance toute récente, un incendie, nous ayant mis à même d'examiner des tableaux recouverts d'une couche de sulfure de plomb, et de faire réagir les chlorures alcalins sur le sulfure formé sur ces tableaux, nous avons reconnu que la manière dont le chlore agissait sur le plomb sulfuré, donnait lieu à des résultats analogues à ceux obtenus par l'eau oxigénée, c'est-à-dire que, dans ce dernier cas, le sulfure de plomb était converti en sulfate ou en chlorure, et que la couleur noire de ce sulfure était remplacée par la couleur blanche du sulfate ou du chlorure (2); enfin, que le tableau était ramené à sa couleur primitive.

Voici les faits tels qu'ils se sont passés :

Il y a environ deux mois que, par un vice de construction, le feu prit dans l'appartement d'un jeune peintre, M. Latil. Le feu avait éclaté dans la chambre à coucher adossée au mur de l'atelier où se trouvaient un grand nombre de tableaux : les uns destinés à l'exposition, les autres de divers maîtres.

L'incendie des divers objets amoncelés dans le logement de M. Latil, qui renfermait des huiles, des figure en cire, des vêtemens de drap, du cuir, etc., donna lieu à une masse considérable de gaz qui pénétrèrent presque en même temps que le feu dans l'atelier, et des tableaux furent en partie brûlés, en partie recouverts d'une couche épaisse de sulfure de plomb, donnant à ces tableaux l'aspect d'une toile sur laquelle on aurait posé une teinte bronzée métallique. On apercevait cependant sous cette couche des élévations dues à des couches plus ou moins épaisses de couleurs; mais il était impossible d'apercevoir le sujet traité. La

(1) On a beaucoup d'exemples d'altération de tableaux cérusés par les vapeurs qui s'élèvent lors de la vidange des fosses d'aisance.

(2) Dans le cas de formation de chlorure, le combiné se volatiserait.

masse de gaz hydrogène sulfuré produite avait été si grande, que 1° le papier dans lequel il entre du carbonate de plomb, fut recouvert d'une couche noire de sulfure de plomb; 2° qu'une rosace qui se trouve à la partie supérieure de l'atelier, ayant de dix-sept à dix-huit pieds de haut, passa de la couleur blanche grisâtre à la couleur bronze foncé; 3° que la plupart des tableaux avaient acquis la teinte brune dont nous avons parlé plus haut. Quelques essais furent faits avec divers liquides pour enlever cette teinte bronzée; mais il furent inutiles.

M. Latin crut ses tableaux perdu, et il était sur le point de les abandonner, lorsqu'un de ses amis, M. le docteur Goltier, émit l'idée que l'on pourrait peut être, à l'aide des chlorures, ramener ces tableaux à leur teinte primitive; et il m'adressa M. Latil que je connaissais depuis long-temps; pour me consulter sur son idée, et en faire l'application, si je la croyais possible.

Nous pratiquâmes des essais qui présentèrent d'abord quelques non-succès; mais ces essais variés et répétés sur *une vue de Marseille*, sur des esquisses représentant le *Supplice de Brunehaut*, sur *la Fille de Zaïre*, sur *une petite marine*, d'après Gudin; sur *une ébauche représentant saint Pierre délivré de sa prison par un ange!* nous donnèrent des résultats qui tiennent presque du merveilleux. En effet, ces tableaux, sur lesquels on n'apercevait plus rien qu'une teinte brune générale, ayant été laissés en contact avec les chlorures reprirent leur teinte primitive.

Outre les tableaux que nous avons cités, l'atelier de M. Latil contenait deux grands tableaux: le *portrait de M. Robert*, et *Rebecca recevant des présens d'Eliezer*. Ce dernier tableau, de dix pieds et demi de hauteur sur neuf pieds de large, présentait plusieurs circonstances qui doivent être décrites. La peinture, à la partie inférieure, à droite, représentant un puits, une cruche, un cep de vigne, des raisins, était noircie; la partie moyenne était plus altérée; les couleurs s'étaient fondues et mêlées entre elles; la partie opposée, l'extrême gauche, avait acquis une teinte de vétusté qui aurait pu faire croire que cette partie était peinte depuis cinquante ans; enfin, la partie supérieure, le ciel, était entièrement brûlé, et la peinture s'en détachait par écailles. Ce tableau, qui avait été vigoureusement peint, fut d'abord lavé à l'eau pour enlever la crasse, puis traité par l'eau seconde qui refusa de mordre; enfin, par les chlorures qui débarrassèrent le tableau de la couche hydrosulfurée: mais, comme nous l'avons déjà dit, dans plusieurs parties les couleurs s'étaient fondues les unes dans les autres, et la peinture détachée s'enlevait sous forme d'écailles. Il fallut donc, pour préparer ce tableau à recevoir de nouveau la couleur, avoir recours au rasoir pour enlever quelques parties de la surface; mais nous pouvons assurer que, s'il n'y avait eu que l'action de la vapeur hydrosulfurique à détruire, on aurait pu, à l'aide d'un nétoyage avec des chlorures, mettre le tableau dans des conditions qui auraient permis de le retoucher: c'est ce que démontrait la partie inférieure de droite qui n'avait presque rien perdu de sa beauté, tandis qu'il n'en était pas de même des autres parties qui avaient été altérées par la vapeur hydrosulfurique et par le feu (1). Seulement nous ferons remarquer que les tableaux chauffés acquièrent un caractère qui ferait croire qu'ils sont peints dequis plusieurs années. Le mode d'opérer que nous avons mis en usage pour le nétoiement des tableaux de M. Latil, est le suivant: On lave le tableau avec de l'eau et une éponge fine; lorsque le lavage est terminé, on agit de la manière suivante: si on a affaire à un petit tableau, on passe et repasse sur toute sa surface une éponge trempée dans le chlorure de soude ou de chaux (2), continuant de faire passer l'éponge sur toutes les parties, renouvelant de temps en temps le chlorure. Lorsqu'on voit que le tableau a repris sa couleur primitive, on lave à grande eau, on fait égoutter et sécher (3): on peut encore laisser séjourner plus ou moins long-temps le chlorure sur la toile, mais dans ce dernier cas, il ne faut pas se servir d'une éponge, si l'eau chlorurée est restée long-temps en contact avec la toile, car nous avons vu quelquefois la peinture *saillir en dehors sous forme de petits carrés*. Cette peinture serait enlevée par le frottement; on lave seulement à grande eau, et on laisse sécher: la peinture rentre dans le tableau de la même manière qu'elle en était sortie. Ce fait, qui a été constaté deux fois, semble être dû à ce que le fil qui forme la toile qui supporte le tableau, absorbe de l'eau, le fend, le resserre, et force la peinture ramollie à sortir. Ce fil, en se désséchant, permet à la peinture de reprendre sa place (4).

Si on opère sur un grand tableau, et qu'on ne puisse atteindre dans toutes les parties, on peut agir de la manière suivante: Après avoir lavé le tableau pour le décrasser, on trempe un drap dans une solution de chlorure de chaux, on recouvre le tableau de ce drap, et on laisse en contact pendant plus ou moins de temps: depuis deux jusqu'à douze heures. Si la couche de sulfate de plomb n'avait pas disparu, il faudrait alors renouveler l'opération, laver ensuite le tableau à grande eau, et le faire sécher.

Si un peintre se trouvait dans la condition où s'est trouvé M. Latil, c'est-à-dire qu'il fût forcé de repeindre une partie de ses tableaux, il faudrait qu'il ait le soin de n'appliquer de nouvelle peinture sur ces tableaux que lorsque le tableau lavé aurait été bien séché, et ne conserverait plus d'humidité. S'il ne prenait pas cette précaution, il pourrait arriver que la peinture nouvellement appliquée sur le tableau ne tiendrait pas, qu'elle pourrait se détacher: alors le travail du peintre serait inutile.

---

(1) M. Latil a eu le courage de travailler de nouveau son tableau de Rébecca; ce tableau, nettoyé par les chlorures et à l'aide du rasoir, fait partie de ceux placés à l'exposition.

(2) Le chlorure que nous avons employé était celui préparé d'après la méthode indiquée par M. Payen.

(3) L'éponge qui a servi à cette opération est promptement altérée et détruite.

(4) D'après ce fait, on pourrait croire que la peinture des deux tableaux qui nous ont présenté ces phénomènes jouissait encore d'une sorte d'élasticité.

L'application du chlorure faite sur les tableaux de M. Latil, pour enlever la couleur noire qui les avait rendus méconnaissables, a porté ce jeune peintre à faire une expérience qui lui a réussi. Les parois des murailles de l'escalier de la maison qu'il habite, étant recouvertes de peinture à l'huile, et celle-ci ayant été noircies par les gaz qui se sont élevés de la fosse d'aisance lors de la vidange, il eut l'idée de se servir du chlorure pour enlever la couleur noire : cette application lui a parfaitement réussi.

De ces faits, il semble résulter que l'on peut employer les chlorures alcalins, soit pour enlever la couche noire de sulfure de plomb qui se forme sur les tableaux non vernis, soit pour laver les peintures qui recouvrent les murs, portes, etc., peintures qui auraient pris la couleur noire par l'action de l'acide hydrosulfurique (1).

Nos expériences avaient été faites dans les premiers jours de janvier, et nous pouvions penser que cette application des chlorures pour enlever aux tableaux la couleur noire, était toute nouvelle, puisque rien n'avait été publié sur un sujet aussi intéressant. Notre collègue M. Lassaigne a indiqué l'emploi du *chlore pour enlever sur le papier les taches noires de sulfure de plomb* (*Abrégé élémentaire de chimie* tome Ier, pag. 359). Mais ayant parlé de ces faits le 9 janvier à M. Planche, ce savant collègue nous dit connaître cette action, et avoir pratiqué lui-même une pareille opération. Notre but étant de faire connaître des choses utiles, quel qu'en soit l'auteur, nous lui demandâmes des renseignemens ; il me fit passer la lettre qui contient les détails suivans, qui sont d'un grand intérêt.

Paris, le 2 février 1833.

« Vous me demandez, mon cher confrère, quelles sont les expériences que j'ai faites pour rétablir, par les chlorures, les peintures noircies par l'hydrogène sulfuré. Elles se réduisent à deux : la première eut lieu il y a environ douze ans sur un ancien tableau de l'école flamande, appartenant à un particulier qui en faisait le commerce, et dont le magasin était situé au quatrième étage d'une vieille maison de la rue Coquillière. Pendant un voyage que fit cet individu, on vida les fosses d'aisance de la maison. A son retour, s'étant aperçu que les peintures de l'escalier avaient été endommagées par les émanations de la fosse, il craignit le même sort pour tous ses tableaux ; mais, à sa grande satisfaction, un seul, placé près d'une porte d'entrée assez mal jointe, avait été atteint. Ce tableau représentait une scène d'intérieur, où figuraient de nombreux personnages *vêtus d'habits de toutes couleurs* (2).

Les tons blancs, jaunes et violets, avaient un aspect plombé plus ou moins noir ; toutes les autres nuances avaient été respectées. Voici comment je parvins à rétablir les couleurs dans leur premier état.

J'étendis sur toutes les parties altérées, au moyen d'un pinceau de blaireau, une couche légère d'une solution préparée avec une partie de chlorure de chaux sur vingt parties d'eau filtrée. Après quelques minutes d'application, j'enlevai cette première couche à l'aide d'une éponge neuve humectée d'eau pure. Cette première opération faite en présence du propriétaire du tableau, eut pour effet de mettre en grande partie à découvert les couleurs salies par le sulfure. Encouragé par ce premier résultat, je fis une seconde, puis une troisième application de chlorure au trentième. Afin d'éviter une réaction trop forte à chaque application, j'employai une éponge neuve. Le succès fut complet.

» La deuxième expérience, faite deux ans après sur un portrait peint par Lebrun, a réussi aussi complètement. Dans ce portrait, il n'y avait de sensiblement altéré que le blanc et la couleur de chair ; le reste du vêtement était noir. Là se bornent mes essais sur l'application des chlorures aux tableaux altérés par l'hydrogène sulfuré.

Mais je vais vous communiquer un autre procédé applicable à la peinture en bâtimens, *dite peinture d'impression*, altérée par le même agent chimique. J'ai employé avec le plus grand succès ce procédé tout-à-fait mécanique. Il s'agissait d'un entresol dont toutes les boiseries venaient d'être peintes en gris à l'huile de deux tons en vernis ; j'étais sur le point de l'habiter, lorsqu'une infiltration de la fosse d'aisance nécessita la vidange ; on calfeutra avec des linges imbibés de chlorure toutes les issues de l'entresol, hormis un malheureux *judas* qui fut oublié, et par lequel se firent jour les vapeurs dégagées de la fosse. Toute la peinture de la boiserie, malgré la couche de vernis qui la recouvrait, fut entièrement *plombée*.

» Le peintre, consulté sur ce qu'il y avait de mieux à faire pour réparer ce dégât, ne vit d'autre moyen que de gratter la couleur, et d'en appliquer de nouvelle. Avant d'accéder à cette proposition, qui me contrariait fort, je voulus tenter quelques essais. Les chlorures détruisaient bien la couche plombée ; mais j'avais affaire à une peinture fraîche d'une teinte claire, sans opposition, sans aucune ombre qui en adoucît la crudité. Comme dans les tableaux sur lesquels j'avais précédemment opéré, il restait toujours quelques nuances moins pures à côté des nuances voisines, je pensai qu'au lieu d'agir chimiquement sur cette surface plombée, il serait préférable de l'enlever par le léger frottement d'un corps dur délayé dans un peu d'eau, à l'exemple des peintres en équipages, qui détruisent les aspérités des couleurs à l'huile sur les panneaux. J'employai la pierre-ponce ; mais au lieu de la faire

(1) Nous nous proposons d'examiner plus tard si dans cette application des chlorures, il y a à craindre que les autres couleurs soient détériorées ; ce que nous ne pensons pas, d'après les expériences faites jusqu'à présent.

(2) J'insiste sur ces détails parce qu'il serait possible que les chlorures appliqués sur des peintures modernes présentassent quelques anomalies produites par la différence des couleurs employées de nos jours. Je possède un tableau de l'école de Téniers, peint il y a plus de deux cents ans. Les couleurs en sont aussi vives que s'il venait d'être fait. J'en ai d'autres de l'école de David dont les vernis sont devenus bleus. (Note de M. Planche.)

agir en masse, je la fis réduire en poudre très-fine. Donnant le choix à la ponce blanche, je la détrempai avec de l'eau; et à l'aide d'un morceau de liège carré et bien dressé, je frottai très-légèrement les surfaces altérées, puis je lavai à grande eau avec une éponge; enfin, je parvins avec un peu de patience à obtenir une peinture bien nettoyée, bien unie, et certainement plus agréable à l'œil que lorsqu'elle sortait la première fois de la main de l'ouvrier. » Ces détails, donnés par M. Planche, indiquent positivement que ce chimiste avait pratiqué cette opération sur les peintures, et qu'il avait reconnu le bon effet qu'on pouvait tirer de l'application des chlorures dans ce cas.

Nous étions sur le point de terminer cette note, lorsque la réflexion nous vint qu'il serait possible d'agir sur la couche de sulfure de plomb sulfuré qui recouvre les tableaux non vernis, avec le chlore, au lieu d'employer les chlorures : un essai que nous fîmes à l'instant même eut le plus heureux succès. Voici quel était cet essai une petite *Marine*, qui était d'un beau noir, et qui avait été nettoyée par moitié avec le chlorure liquide, fut placée sur un flacon contenant du chlore liquide, de façon que le chlore gazeux pût porter sur un endroit non nettoyé. Ce tableau, enlevé de dessus le flacon au bout de dix minutes, puis examiné, offrait une tache circulaire blanche, indiquant que le chlore, en sortant du goulot du flacon, avait frappé sur cette place, et avait détruit le sulfure de plomb qui s'y trouvait.

Un autre petite esquisse qui était recouverte de plomb sulfuré, fut légèrement humectée, puis placée au-dessus d'un vase contenant du chlore liquide. Au bout de ving-cinq minutes, la couche de sulfure de plomb avait disparu; on pouvait reconnaître tous les détails que le peintre avait disposés sur cette esquisse.

Ces faits démontrent que l'on peut employer le chlore aussi bien que les chlorures pour détruire la couche noire produite sur les tableaux par l'hydrogène sulfuré. Le procédé consisterait, 1° à humecter la surface du tableau; 2° à placer et suspendre le tableau dans une caisse en bois contenant de l'eau chargée de chlore, ou bien à faire arriver dans cette caisse du chlore gazeux; 3° à surveiller la marche de l'opération; 4° à retirer le tableau hors de la caisse; lorsque l'opération est terminée, à le laver à grande eau, à le faire égoutter et sécher, puis à l'essuyer avec du coton qui ne puisse rayer la surface de la peinture.

Là se terminent les recherches que nous avons faites sur les applications du chlore et des chlorures à la restauration des tableaux; il est à désirer, dans l'intérêt des beaux-arts, que la question que j'ai soulevée soit examinée par des hommes plus habiles, qui pourront peut-être en tirer un plus grand avantage. En effet, il serait de la plus grande utilité de savoir *si les tableaux vernis qui ont poussé au noir peuvent tous être ramenés à leur teinte primitive : des essais que nous avons pratiqués avec M. Barthélemy n'ont pas réussi* (1).

(1) Les essais que nous avons faits sur les tableaux nous ont tous fait penser qu'il serait peut être utile de préserver la peinture des gaz qui peuvent la frapper, en couvrant le derrière de la toile d'un vernis destiné à empêcher le contact de la peinture avec les gaz et l'humidité. Ce sont des expérience à tenter; nous espérons nous en occuper prochainement et faire connaître les résultats.

ANALYSE.

Des calculs prépuciaux;

PAR

P. H. Boutigny, *pharmacien à Évreux.*

J'appelle *prépuciaux* les calculs qui sont l'objet de cette note, parce qu'ils se sont formés entre le gland et le prépuce d'un enfant. Ils m'ont été remis par M. le docteur Roché de Breteuil, qui m'a prié d'en faire l'analyse.

Ces calculs sont formés par des couches concentriques, et n'ont pas de forme déterminée; cependant ils représentent assez bien des cubes, dont les arêtes seraient arrondies.

N'ayant trouvé rien de nouveau dans ces calculs, je crois devoir me taire sur les moyens analytiques que j'ai employés, et me borner à faire connaître leur composition.

Ils sont formés de phosphate ammoniaco-magnésien, et d'urate d'ammoniaque.

Je n'aurais même pas parlé du tout de ces calculs si leur analyse ne m'avait pas fourni l'occasion de faire une remarque assez curieuse, et qui n'a point encore été faite, je pense.

Une dissolution de ces calculs dans l'acide nitrique, neutralisée par l'ammoniaque et additionnée d'*oxalate d'ammoniaque*, a donné naissance à un liquide incolore, avec lequel j'ai pu tracer des caractères blancs très-apparens. On sait que c'est avec une baguette de verre, et sur un plan de même matière, que ces caractères doivent être tracés (2).

Ce résultat prouve évidemment qu'il s'est formé du carbonate d'ammoniaque; mais aux dépens de quel corps ce carbonate a-t-il pu se produire? est-il le résultat de la décomposition de l'urate d'ammoniaque par l'acide nitrique? Non, car avant l'addition de l'oxalate d'ammoniaque, on ne pouvait tracer de caractères apparens: ce carbonate provient donc de l'oxalate d'ammoniaque. Cela me paraît d'autant plus probable qu'il résulte des travaux de MM. Berzélius, Dœbereiner, etc., que l'acide oxalique ne diffère de l'acide carbonique par une plus faible proportion d'oxigène.

(2) Orfila, *Élémens de chimie médicale.*

NOTE

Sur l'arbre qui fournit le bdellium;

Par A. Richard.

Dans le cas dont il s'agit, l'acide oxalique aurait emprunté de l'oxigène à l'acide nitrique.

On a jusqu'en ces derniers temps ignoré l'origine de la gomme-résine connue dès la plus haute antiquité sous le nom de *bdellium*. Ainsi, on l'a crue tour-à-tour produite par un palmier (*lontarus domestica*), par une espèce de *rhus*, par un *amyris*, etc.; mais on n'avait rien de certain sur cet objet. Cependant une des sortes de *bdellium* qu'on trouve aujourd'hui dans le commerce, vient de différentes parties de l'Afrique, et spécialement de la Guinée et du Sénégal. Il est en morceaux arrondis ou en larmes de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, de couleur jaune foncé, demi-transparent, fragile, à cassure cireuse et un peu terne.

D'après des renseignemens qui viennent de nous être fournis par notre ami et collaborateur M. Perrottet le bdellium est produit au Sénégal par l'arbrisseau que nous avons décrit et figuré sous le nom d'*heudelotia africana* dans la Flore de Sénégambie (I, pag. 150, tom. XXXIX). A l'époque où nous avons publié la quatrième livraison de cet ouvrage, nous ignorions toute l'importance de ce genre *heudelotia*, qui fait partie de la famille des Thérébinthacées. Mais, depuis peu de temps, M. Perrottet a retrouvé dans ses collections des morceaux de *bdellinm*, avec l'indicatien qu'il les avait recueillis lui-même sur l'arbrisseau que nous avons nommé *heudelotia africana*. Or, cet arbrisseau, qui est rameux, haut de huit à dix pieds, avec des rameaux axillaires, terminés en pointe épineuse à leur sommet, est évidemment le même que celui qui a été mentionné par Adanson, dans son voyage au Sénégal, sous le nom de *Niotoutt* (Adans. — Voy. p. 162), et que ce savant avait déjà indiqué comme fournissant le *bdellium*.

Il résulte donc de là que le *bdellium* du Sénégal est produit par un arbrisseau épineux nommé *Niotoutt* ou *Heudelottia africana*, Rich. (*In Florá Seneg. tent.* I, p. 150, tom XXXIX), qui appartient à la famille des Térébinthacées.

ANALYSE

DE LA NOUVELLE DOCTRINE CHIMIQUE,

Présentée à l'Académie royale des Sciences, le 25 février 1833,

Par M. Longchamp.

L'auteur, considérant l'ensemble de ce monde, admet une nature puissante et simple. Il n'est donc plus possible, dit-il, qu'il y ait une loi qui régisse les combinaisons de l'azote et de l'oxigène, une autre pour celles du soufre et de l'oxigène, une autre pour celles du carbone et de l'oxigène, etc. Il n'y a donc qu'une seule loi à laquelle sont soumises toutes les combinaisons de la nature inorganique; cette loi il l'exprime en ces termes : *Il n'y a que trois combinaisons possibles entre deux élémens de nature contraire :* 2 A + B, A + B, A + 2 B; c'est-à-dire deux atomes de l'élément *électro-positif* et un atome l'élément *électro-négatif;* un atome de chacun d'eux; enfin, un atome de l'élément *électro-positif* et deux atomes de l'élément *électro-négatif.*

La loi admise, il a fallu l'appliquer aux faits; mais les faits étaient contre la loi, car à peine dans cinquante-un corps qui se combinent avec l'oxigène en trouverait-on dix-huit ou vingt qui ne sortissent en rien de la loi; les trente-deux autres, c'est-à-dire près des deux tiers, se trouvaient en dehors. Dès lors, l'auteur s'est dit que s'il parvenait à prouver qu'il n'y a que trois combinaisons de l'oxigène et de l'azote, trois de soufre et de l'oxigène, et qu'ainsi il justifiât sa loi et fît voir sa puissance, puisqu'elle soumet les corps qui semblent les plus rebelles, on lui accorderait volontiers que les travaux au moyen desquels on a déterminé les proportions de tel ou tel oxide peuvent être défectueux. En suivant ce principe, M. Longchamp prend les cinq combinaisons de l'azote. Trois rentrent dans la loi qu'il présente, deux sont en dehors : l'*oxide d'azote* et le *gaz nitreux* répondent aux trois combinaisons qu'il admet; l'*acide pernitreux* et l'*acide nitrique* sont en dehors. Ainsi, il faut ou qu'il se débarrasse de ses deux acides ou que sa loi soit fausse.

L'auteur prend les quatre combinaisons de soufre et d'oxigène; deux sont dans la loi et deux en dehors : les acides *hyposulfureux* et *sulfureux* sont soumis à la loi; les acides *hyposulfurique* et *sulfurique* sont en dehors. Il faut donc encore renoncer à la loi, ou prouver que ces deux derniers acides n'existent point. Or, ajoute-t-il, s'il y a quelque chose d'admis en chimie, c'est l'existence des acides sulfurique et nitrique. Aussi tous les chimistes concéderaient-ils plutôt que les quatre combinaisons de l'azote avec l'oxigène, qui sont inférieures à l'acide nitrique, ne sont que des mélanges plus ou moins stables de cet acide et de l'azote, qu'ils ne seront portés à concéder que l'acide nitrique n'est point une combinaison stable de cinq atomes d'oxigène et d'un atome d'azote; de même ils seront plus disposés à abandonner l'existence des acides hyposulfureux, hyposulfurique et sulfureux, que de renoncer à voir dans l'acide sulfurique, la combinaison d'un atome de soufre et de trois atomes d'oxigène.

Dans cet état de choses, l'auteur, après plusieurs hypothèses infructueuses, était près d'abandonner sa loi, quand il porta sa pensée sur le soufre, qui ne peut se convertir en acide sulfurique par la combustion, et qui s'arrête toujours, dans cette opération, à produire de l'acide sulfureux; il pensa dès-lors que c'était le terme de la combinaison du soufre et de l'oxigène. Mais qu'était l'acide sulfurique? D'après lui, cet acide à 66° est le résultat de la combinaison d'un atome d'acide sulfureux, un atome d'oxigène et un atome d'eau. Alors je vis clairement, dit-il, que l'atome d'oxigène est combiné, non à l'acide sulfureux, mais à l'eau. L'acide sulfurique est donc le résultat de la combinaison d'un atome d'acide sulfureux et d'un atome d'*oxide hydrogénique* (eau oxigénée de Thénard). L'énergie de cette substance, pour détruire les corps organisés, augmente encore en se combinant avec l'acide sulfureux. D'après cette nouvelle hypothèse, M. Longchamp regarde sa loi comme certaine, et l'acide nitrique n'est plus à ses yeux que le résultat de deux atomes d'acide nitreux avec un atome d'oxide hydrogénique. Depuis long-temps l'auteur avait

remarqué que, à un très-petit nombre d'exceptions près; les acides ne se combinent avec les bases qu'à un seul degré d'oxidation de ces bases : ainsi; dit-il, la litharge se combine avec l'acide sulfurique et non l'oxide puce de ce métal. Lorsque je fais agir de l'acide sulfureux hydrogénique sur de la litharge, que devient l'oxigène de l'oxide hydrogénique? Il se porte sur la litharge, la convertit en oxide puce qui se combine avec l'acide sulfureux. Ainsi, les sulfates, les nitrates, ne sont pas ce que les chimistes pensent; ce ne sont pas, comme ils le croient, des combinaisons des oxides en *eux*, mais bien des combinaisons des oxides en *ique* (1). Le sulfate de potasse est le résultat de la combinaison de l'oxide jaune de potassium (deutoxide) avec l'acide sulfureux; le sulfate de cuivre est dû à l'acide sulfureux combiné avec l'oxide de cuivre produit par M. Thénard, dans ses travaux sur l'oxide hydrogénique. Poursuivons la série des hypothèses de l'auteur. Si l'on fait agir l'acide sulfureux hydrogénique sur les métaux, l'on voit clairement qu'il faut employer deux atomes d'acide contre un de métal. Un atome d'oxide hydrogénique oxidera le plomb, par exemple, pour le convertir en litharge, et l'atome d'acide sulfureux, dépouillé d'oxide hydrogénique, se dégage; le second atome d'acide sulfureux hydrogénique agit comme nous l'avons déjà dit. En entassant les suppositions, l'auteur croit expliquer tout naturellement. Par malheur, en faisant agir l'acide sulfurique sur le fer, il ne se dégage point d'acide sulfureux, mais de l'hydrogène. M. Longchamp n'est pas arrêté par un si puissant obstacle. Renoncer à une loi que je crois aussi vrai que l'existence matérielle des corps dont elle régit les combinaisons, et y renoncer parce que quelques corps ne s'y soumettent plus et présentent un fait inexplicable! Non. Que fait pour cela l'auteur? Il admet la proposition générale suivante :

Tous les métaux qui ne décomposent point l'eau, lors de l'action qu'exercent sur eux les acides, ne contiennent probablement pas d'hydrogène; mais tous ceux qui la décomposent, tels que le fer, le zinc, l'étain, etc., et tous les métaux des alcalis et des terres, sont le résultat de la combinaison d'une base avec l'hydrogène.

Ainsi le fer est le résultat de la combinaison de

1 atome de ferrium,
2 atomes d'hydrogène.

Lorsque la vapeur d'eau agit sur ce métal, l'atome de ferrium se combine avec 1 atome d'eau, et les 2 atomes d'ydrogène se dégagent. Le corps appelé oxide ferreux est donc composé de

1 atome de ferrium,
1 atome d'eau.

(1) N'en déplaise à M. Longchamp, il fait penser aux chimistes tout le contraire de ce qu'ils admettent unanimement.

Lorsque l'air agit sur le fer, il y a un atome d'oxigène absorbé, et l'on a

1 atome de ferrium,
2 atomes d'ydrogène, } 1 atome d'eau.
1 atome d'oxigène.

Quand l'acide sulfurique agit sur le fer, on a un atome de cet acide qui agit en abandonnant son atome d'oxide hydrogénique, lequel déplace les deux atomes d'hydrogène qui se dégagent, et l'on a

1 atome de ferrium,
1 atome d'oxide hydrogénique,
1 atome d'acide sulfureux.

Ce qu'on peut rendre aussi de cette manière :

1 atome de ferrium,
1 atome d'oxigène,
1 atome d'eau,
1 atome d'acide sulfureux.

Il résulte de là que la base de ce qu'il nomme sulfate ferreux n'est plus de l'oxide dit ferreux; ce que nous allons, dit-il, établir en rapprochant la composition de l'oxide et de la base.

Oxide par l'acide ou par l'eau.	Oxide, base du sulfate.
1 atome de ferrium,	1 atome de ferrium,
1 atome d'eau.	1 atome d'eau,
	1 atome d'oxigène.

L'oxide rouge de fer, qu'il nomme *oxide ferrique*, est l'oxide du sulfate ferreux, dans lequel un atome d'oxigène remplace l'atome d'eau; il est composé de

1 atome de ferrium,
2 atomes d'oxigène.

Quant au plomb, dont la composition de son sulfate n'est pas analogue à celle de celui du fer, il l'explique en admettant dans la composition de ce premier métal une substance analogue à l'hydrogène, mais inconnue, qui absorbe le premier atome d'oxigène, et rend ainsi la litharge analogue à la potasse. Il y a, dit-il, cette différence entre l'hydrogène et cette base métallisante inconnue, c'est que l'hydrogène se dégage à l'état de gaz, tandis que l'autre reste fixée à la base métallique. M. Longchamp est porté à croire que ce corps inconnu est l'azote.

Nous allons terminer cette analyse par quelques nouvelles suppositions de l'auteur.

1° L'acide nitrique est formé de 2 atomes d'acide nitreux et de 1 atome d'oxide hydrogénique.

2° Dans les sulfates, l'oxigène de l'acide est deux fois celui de la base.

3° Dans les nitrates, l'oxigène de l'acide est quatre fois celui de la base.

4° Les chlorates, les phosphates, les borates, les arséniates, etc., qui, dans le système actuel, sont censés contenir dans leur acide trois ou cinq fois l'oxigène de la base, doivent rentrer dans un des deux cas précédens.

5° Le nitrate d'ammoniaque est de l'oxide d'azote avec eau de cristallisation ou *oxide d'azote hydrique.*

6° Les métaux qui dégagent de l'hydrogène, lorsqu'ils sont en contact, soit avec l'eau seule, soit avec un acide, contiennent 1 atome de base et 2 atomes d'hydrogène.

7° Ceux qui, dans les circonstances précédentes, ne dégagent pas d'hydrogène, sont formés d'un atome de base et deux atomes d'un corps métallisant inconnu, qui est probablement l'azote.

8° Le chlore et l'acide muriatique reprennent le rang qu'ils avaient dans la doctrine de Lavoisier.

Tel est l'exposé de la nouvelle doctrine chimique de M. Longchamp. On voit que l'auteur a fait une ample moisson dans le vaste champ de l'hypothèse, et qu'il a sauté, comme on dit, à pieds joints sur tout ce qui semblait ne pas s'accorder avec la loi qu'il voulait établir. Comme cette doctrine ne repose nullement sur des faits, et que presque toutes les assertions de l'auteur sont hypothétiques, nous croyons devoir nous abstenir de toute réfutation. Nous nous bornerons à dire qu'il annonce une notice sur le phlogistique. Tout le monde, dit-il, parle de ce corps, et personne ne sait ce que c'était. Plusieurs de nos savans seraient probablement fort embarrassés de dire si Stalh a jamais *isolé, palpé* le phlogistique, et comment la confusion de la tour de Babel s'est introduite chez les phlogisticiens. M. Longchamp éclaircira tous ces points, etc. L'auteur doit avoir une bien mauvaise opinion du savoir des autres chimistes pour croire qu'ils ignorent que la doctrine du phlogistique de Stalh fut une brillante erreur qui non-seulement ouvrit la porte à un grand nombre de découvertes, mais servit encore de prélude à la naissance de la chimie pneumatique. Quant à ce qu'il croit aussi que les savans seraient fort embarrassés de dire si le grand homme a jamais *isolé* et *palpé* le phlogistique, nous ne craignons pas de répondre que tous nieront positivement que Stalh ait jamais *isolé* et *palpé* ce corps hypothétique, jusqu'à ce que M. Longchamp l'ait lui-même *isolé* et *palpé.*

JULIA-FONTENELLE.

RAPPORT

D'UN MÉMOIRE DE M. MONTAULT,

SUR

Un cas remarquable de physiologie pathologique du système nerveux observé chez l'homme;

Par M. BOUILLAUD.

L'intérêt réel de cette observation nous engage à en rapporter ce qui est le plus digne de remarque.

Le nommé Girard, tisserand, âgé de 33 ans, ayant travaillé long-temps dans des lieux humides, tomba en 1828 d'un escalier très-élevé dans une cave; il en résulta une forte contusion de la partie postérieure du col : ce fut l'origine de vives douleurs à la partie postérieure et latérale gauche de la tête, lesquelles se propagèrent bientôt au côté correspondant du cou. Ces douleurs causèrent de l'insomnie, de la gêne et des tiraillemens dans les muscles de cette région; plus tard survint une grande difficulté de la parole; les mouvemens de la tête sur le cou furent impossibles, à cause des excessives douleurs qu'ils causaient; la langue, déviée à droite par suite de la paralysie du côté opposé, diminuée de volume, s'atrophia seulement du côté gauche, sans discontinuer de percevoir les saveurs; ce qui porta M. Dupuytren à conclure que l'atrophie était due à l'altération du nerf hypoglosse (neuvième paire), et que cette lésion existait à la sortie du crâne, puisque les fonctions intellectuelles et les mouvemens des membres étaient intacts. Plus tard, la déglutition devient difficile; une douleur permanente se fait ressentir au niveau de l'articulation de l'atlas et de l'axis, et une tumeur apparaît derrière l'apophyse mastoïde. Sur la fin de la vie, l'aphonie et la difficulté de la déglutition devinrent extrêmes : le malade ne pouvait plus qu'attirer par succion de très-petites quantités de bouillie; un hoquet presque continuel, des accès épileptiformes présagèrent une mort, qui arriva le 12 janvier 1833, après cinq années de souffrances.

Autopsie cadavérique. On remarque ce qui suit : Pulpe cérébrale plus ferme que d'ordinaire, ventricules dilatés par une sérosité très-abondante et transparente. Entre la fosse occipitale gauche, l'hémisphère gauche du cervelet qu'il soulève et le bulbe rachidien qu'il refoule un peu à droite, existe un kyste du volume d'un gros œuf de poule, qui contenait de la sérosité et une multitude d'hydatides; il n'adhérait point aux membranes environnantes. Ayant pénétré à une profondeur de quelques lignes dans le canal rachidien, ce kyste fournissait une sorte d'appendice s'enfonçant dans le trou condyloïdien antérieur, et contenant une hydatide; un second prolongement venant de la base du kyste s'engageait dans la partie antérieure du trou déchiré postérieur gauche, et venait, après avoir franchi cette ouverture, se dilater en forme d'ampoule jusque sous l'extrémité supérieure des muscles complexus et sterno-mastoïdien.

Les nerfs à l'intérieur du crâne ne présentaient pas d'altération; mais à la sortie du crâne le nerf hypoglosse gauche était atrophié jusqu'à ses divisions dans les muscles de la langue : ce qui paraissait être le résultat de la compression exercée par l'appendice pénétrant le trou condyloïdien antérieur. Les nerfs glosso-pharyngien, pneumo-gastrique et spinal gauche, étaient aussi pressés par l'appendice pénétrant le trou déchiré antérieur; mais le glosso-pharyngien seul avait un volume d'un tiers plus petit que celui du côté opposé. La circonférence du trou déchiré postérieur, la languette qui le divise, les parois si compactes du rocher étaient le siége d'une sorte d'usure analogue à celle que les kystes anévrismaux produisent sur les os. A gauche, les muscles intrinsèques et extrinsèques de la langue, ainsi que ceux correspondans du voile du palais, étaient amincis, atrophiés, réduits à des fibres molles, jaunâtres. Le pharynx, revenu sur lui-même, était réduit au volume du doigt. Les ventricules du larynx étaient remplis de bouillie; il en existait aussi une petite quantité dans la trachée-artère et dans les bronches : ce qui prouvait que cette bouillie, par sa présence, avait été la cause de la mort arrivée subitement au

moment où le malade cherchait à humer un peu de cette boullie. La corde vocale gauche était atrophiée.

M. Bouillaud pense avec l'auteur de l'observation que l'atrophie du nerf glosso-pharyngien était la cause de la difficulté de la prononciation, que la conservation du goût était due à l'intégrité du nerf lingual, et que la paralysie et l'atrophie du côté gauche de la langue étaient la suite de l'atrophie du nerf hypoglosse. Enfin, d'après M. Montault, auteur de cette observation, l'altération du nerf glosso-pharyngien rend raison de la paralysie des organes de la déglutition. La compression du pneumo-gastrique dans le trou déchiré postérieur explique les hoquets, l'aphonie, la pénétration des alimens dans les voies aériennes, par suite de la paralysie de la glotte.

BIBLIOGRAPHIE.

JUILLET, 1833.

Embryologie ou Ovologie humaine, contenant l'histoire descriptive et iconographique de l'œuf humain ; par Alf.-A.-L.-M. Velpeau, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc., accompagnée de quinze planches dessinées et lithographiées par A. Chazal. Paris, 1833. Petit in-fol. de xxviij-108 pp. Chez Baillière.

Indépendamment des difficultés inhérentes au sujet lui-même, il y a dans son étude des obstacles de plus d'un genre qu'un examen répété de beaucoup de produits abortifs pouvait seul faire reconnaître. Relativement aux premières, je me bornerai à signaler l'impossibilité où l'on est presque toujours d'assigner l'époque précise de la fécondation de l'ovule, impossibilité d'où résulte conséquemment une grande incertitude dans l'appréciation des différences que présente l'embryon à telle ou telle période de sa formation. Cette détermination ne peut être facilitée par l'emploi du microscope, car si cet instrument rend plus distincts des objets d'une ténuité extrême, il n'est que d'un faible secours quand les formes elles-mêmes de ces objets ne sont pas arrêtées, lorsqu'elles sont naturellement confuses. Quant aux obstacles qui ont rendu le plus souvent les observations inexactes, M. Velpeau a reconnu, par une étude comparative de l'œuf des différens vertébrés, que, dans la plupart des cas, on a pris pour bases de descriptions générales un petit nombre de produits abortifs évidemment altérés, et de la sorte, on a indiqué comme normal un état qui était pathologique. A cette source d'erreurs inévitables, il faut en ajouter une autre qui a fourni les élémens d'après lesquels la majeure partie des auteurs ont écrit sur l'embryologie humaine, et qui a fait confondre des parties tout-à-fait distinctes par leur structure et leurs fonctions : je veux dire que l'anatomie et la physiologie comparées ont été exclusivement consultées pour résoudre toutes les questions relatives à l'évolution organique chez l'homme, malgré les différences extrêmes qui existent, par rapport à ce dernier, dans la composition de l'œuf de beaucoup de vertébrés. Convaincu par l'évidence des faits, de l'inexactitude des applications auxquelles on est conduit en suivant cette marche, M. Velpeau a procédé dans un ordre inverse, c'est-à-dire, en descendant de l'homme aux autres animaux. En étudiant ainsi les diverses parties de l'œuf aux époques les plus rapprochées de sa formation, il est arrivé, sur plusieurs points, à des conséquences tout opposées à celles qui sont admises généralement aujourd'hui.

Dans un article de ce genre, il n'est pas possible d'indiquer avec détail les faits intéressans rapportés par M. Velpeau; qu'il nous suffise de dire que ce travail remarquable est la première partie d'un traité complet d'embryologie; que l'auteur y décrit seulement ce qui est relatif aux annexes de l'embryon, et à l'embryon considéré dans son ensemble. La seconde partie de ses recherches comprendra l'organogénésie. En traitant ces divers sujets, M. Velpeau retrace d'abord, avec les développemens convenables, l'état de la science sur chacun d'eux; cet historique est suivi de l'exposition de nombreuses observations qui lui sont propres, et dont il compare les résultats à ceux qui ont été signalés par les auteurs qui l'ont précédé, afin d'en confirmer ou d'en infirmer la justesse. Dans cet examen, M. Velpeau fait preuve d'une érudition approfondie, et d'une grande habileté comme anatomiste. L'embryologie lui devra la découverte et la démonstration de plusieurs points importans. Ses recherches sur la membrane caduque, sur le chorion, sur la vésicule ombilicale, sur les vaisseaux omphalo-mésentériques, sur l'allantoïde, ou mieux sur le corps réticulé qui lui correspond dans l'espèce humaine, sur le cordon ombilical et le placenta, etc., sont du plus haut intérêt. Enfin, je terminerai en disant que l'ouvrage de M. Velpeau est, sans contredit, le plus complet et l'un des plus remarquables parmi ceux qui ont été publiés jusqu'ici sur l'œuf humain; il place cet auteur au rang des anatomistes les plus distingués de notre époque.

Ollivier, d'Angers.

A Demonstration of the nerves of the human body; by Joseph Swan. Démonstration des nerfs du corps humain; grand in-folio en quatre parties, dont trois ont déjà paru. Londres et Paris. Chez Baillière.

Une première livraison représente tout ce qui concerne le grand sympathique au cou et dans la poitrine. La seconde comprend toute la portion abdominale et pelvienne du même système. Dans la troisième il ne s'agit que des nerfs cérébraux. L'examen des nerfs rachidiens remplit la quatrième. Les seize planches contenues dans les trois parties que j'ai sous les yeux ne sont accompagnées que de vingt et quelques pages de texte; et, en effet, avec de pareils dessins toute description devient inutile : il suffit de nommer les objets pour que l'œil le moins exercé en saisisse à l'instant même les moindres détails. Il faut le dire tout d'abord, l'ouvrage de M. Swan ne peut être comparé à aucun autre dans la littérature anatomique; on n'a rien vu jusqu'ici d'aussi parfait. Les planches de Scarpa sur les anévrysmes, sur les nerfs du cœur, sur les hernies, celles de M. Tiedemann sur les artères, celles de M. Buyalski, n'en approchent pas. On ne sait ce qu'il faut admirer le

plus, ou de la main qui a disséqué et préparé avec tant de netteté des organes si délicats, sans nuire à leurs rapports, ou de celle qui a su les représenter avec un fini si frappant de vérité. Pour moi, je l'avoue, je ne crois pas qu'il soit possible de rien faire de mieux.

Analyse de quelques ouvrages allemands sur l'anatomie de l'oeil.

1.° D.r Fr. Arnold. Anatomische und physiologische Untersuchungen über den Auge des Menschen. — Fr. Arnold, Recherches anatomiques et physiologiques sur l'œil humain. In-4.° avec 3 planches. Heidelberg et Leipzig, 1832.

2.° De membranâ pupillari aliisque oculi membranis pellucentibus Commentatio anatomica, auctore Fr.-G.-S. Henle, M. D. Bonnæ, 1832. In-4°.

3.° Zeitschrift für die Ophthalmologie in Verein mit vielen Aerzten herausgegeben von D.r Fr.-A. von Ammon. — Journal d'Ophthalmologie, publié par le D.r Fr.-A. d'Ammon. In-8.°, 1.er vol. Dresde, 1831. 2.e vol. 1832. 1.er cahier du 3.e vol. 1833.

L'ouvrage de M. Arnold est une anatomie complète de l'œil, dans laquelle l'auteur parle d'abord des différentes parties de l'œil, et donne ensuite l'histoire du développement de cet organe chez l'embryon et le fœtus. Quelques belles planches terminent le livre de M. Arnold, qu'on peut généralement recommander comme un travail très-consciencieux.

Le mémoire de M. Henle n'embrasse pas un champ aussi vaste que l'ouvrage précédent; cet auteur a borné ses recherches à la membrane pupillaire et aux autres membranes transparentes de l'œil. Il a examiné spécialement les yeux du fœtus, et a tâché d'éclaircir quelques points obscurs de l'anatomie de l'œil au moyen d'injections fixes. Quoique M. Henle se soit peut-être trompé en quelques points, ce qui arrive si facilement dans des dissections aussi délicates, ses recherches n'en méritent pas moins la plus grande attention.

Enfin le *Journal d'ophthalmologie* du professeur Ammon est un excellent recueil qui, outre de nombreux travaux sur la pathologie oculaire, contient, sur l'anatomie de l'œil, quelques articles fort remarquables. Ces articles sont, dus dans le premier volume, à MM. Ammon (page 1), Frænzel (10), Schlemm (113), Stark (495); dans le second, à MM. Eble (157) et Ammon (194); dans le premier cahier du troisième volume à MM. Huschke (1) et Arnold (37).

Tableau de la circulation du sang, considérée chez le fœtus de l'homme, et comparativement dans les quatre classes d'animaux vertébrés; par M. Martin Saint-Ange, D.-M.-P. Tableau grand in-plano, comprenant 30 figures gravées et deux colonnes de texte. Paris, 1832, chez Baillet, rue de l'Ecole de médecine, n° 13, et chez J.-B. Baillière. Prix : figures noires, 6 fr. 50; figures coloriées, 13 fr.

Les recherches de M. Martin Saint-Ange portent sur la circulation du fœtus de l'homme et des animaux vertébrés.

Il a successivement étudié la circulation du fœtus de l'homme : 1° de la mère à l'enfant; 2° du placenta au cœur; 3° dans le cœur; 4° dans les organes du fœtus.

Après avoir exposé les diverses opinions émises pour expliquer la circulation de *la mère à l'enfant*, en d'autres termes, de *l'utérus au placenta*, il admet qu'elle se fait par *imbibition* ou *endosmose*, et qu'il se passe une véritable *hématose* dans le placenta.

L'auteur admet, dans ses conclusions générales, que, dans le principe, le cœur du fœtus humain et des *mammifères* est *simple* comme chez les *poissons*, sans que pour cela la circulation soit la même : car jamais la totalité du sang, chez les *mammifères*, ne peut passer par des *branchies*, quand bien même on en admettrait l'existence; que le cœur du fœtus des *mammifères* n'offre aucune ressemblance avec celui des *reptiles*, bien que le résultat de la circulation soit le même, c'est-à-dire que les organes reçoivent du sang *mélangé;* que les vices de conformation du cœur de l'homme représentent quelquefois quelques-unes des modifications subies par la structure du cœur des *vertébrés;* mais qu'on ne doit pas regarder tous les vices de conformation comme *des arrêts de développement*, reproduisant l'état transitoire et normal d'un degré de formation antérieure, puisque, à aucune époque, le cœur de l'embryon et du fœtus des mammifères ne ressemble à celui des *batraciens*.

Traité de phrénologie humaine et comparée, accompagné d'un magnifique atlas in-folio, de 120 planches, contenant plus de 600 sujets d'anatomie humaine et comparée, d'une parfaite exécution; par J. Vimont.

Voici les principaux traits qui distinguent le *Traité phrénologique* de M. Vimont de tous ceux qui ont paru jusqu'ici.

1° On ne trouve dans aucun de ceux-ci, une aussi grande masse de faits bien observés.

2° Faute d'une telle base, aucun phrénologiste n'avait pu, comme M. Vimont, imprimer à la phrénologie une forme vraiment positive et tout-à-fait scientifique, et formuler une classification des facultés cérébrales sur une étude aussi approfondie du crâne et du cerveau des vertébrés.

3° Les applications pratiques de la phrénologie surabondent dans l'ouvrage de notre auteur, tandis qu'elles avaient été jusque-là si négligées, que la plupart des ouvrages antérieurs étaient souvent plus propres à induire en erreur qu'à déposer en faveur de la vérité.

4° Enfin, plus encore que ses prédécesseurs, M. Vimont a fait de lumineuses et fécondes applications de la phrénologie, non-seulement à plusieurs des sciences naturelles, mais encore à nos institutions civiles et politiques.

En dernière analyse, on ne saurait trop recommander l'ouvrage de M. Vimont à tout l'intérêt du public : il doit trouver place dans toutes les bibliothèques à côté de celui de Gall, dont il est l'indispensable complément, et dont il constitue, pour ainsi dire, le vrai pendant.

J. Bouillaud.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 MAI.

M. le docteur Duparcque lit une acte sur un *nouveau speculum-uteri* de son invention, qui, selon lui, est plus simple et plus parfait. Nous en parlerons à l'occasion du rapport qui sera fait sur cet instrument par MM. Velpeau et P. Dubois, nommés commissaire de son examen.

ACCOUCHEMENT; PRÉSENTATION DU BRAS ET DE L'ÉPAULE.

M. Maygrier, à l'occasion du jugement qui a condamné le docteur Hélie, pour avoir coupé les bras à un enfant venant au monde dans cette présentation, lit une note sur cette question importante de l'art des accouchemens (1).

SÉANCE DU 4 JUIN.

M. Maingault écrit qu'il renonce à la candidature. Sur quatre-vingts votans, M. Émery obtient vingt-deux voix, M. Cullerier seize et M. Sanson aîné quarante-deux. M. Sanson est déclaré membre titulaire de l'Académie, section de pathologie chirurgicale, sauf l'approbation du Roi.

INOCULATION DE LA VÉROLE.

Mémoire de M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens de Paris. M. Ricord part de ce fait qu'un malade affecté d'une lésion réputée syphilitique, d'une blennorrhagie, par exemple, peut, dans un coït subséquent, en contracter une autre ou des chancres; il rappelle qu'un individu qui a des chancres à un lieu, peut en contracter d'autres en une autre partie à une époque postérieure, et avant la guérison des premiers; et de là il eut l'idée d'essayer sur ces malades une inoculation syphilitique dont eux-mêmes fourniraient la matière, et qui conséquemment ne pouvait leur donner que ce qu'ils avaient déjà. Il a essayé ainsi une à une toutes les lésions réputées syphilitiques, et il a confirmé cette vérité déjà établie, que les symptômes dits consécutifs ne sont pas contagieux, et que parmi les primitifs, il existe de grandes différences sous ce rapport. Toutes les fois que l'inoculation a réussi, elle a donné lieu à une pustule caractéristique dont M. Ricord décrit ainsi les traits: après vingt-quatre heures, légère rougeur et un peu d'élevure au point de la piqûre. Le deuxième jour, l'élevure se soulève davantage, s'entoure d'une auréole, prend la forme conique d'un petit furoncle dont le sommet est garni d'un point noir ou brun tenant au sang de la piqûre qui s'est desséché. Le troisième jour, véritable pustule, épiderme soulevé par une sérosité demi-transparente. Le quatrième, cette pustule s'élève, s'arrondit, et le point central noirâtre s'enfonce en espèce d'ombilic à mesure que le liquide intérieur à la pustule devient purulent, l'auréole extérieure s'efface. Le cinquième jour, les tissus voisins de la base de la pustule s'engorgent, se durcissent. Après le sixième jour, formation sur la pustule d'une croûte stratifiée, à disques inégaux, qui tantôt reste en place jusqu'à la cicatrisation des parties sous jacentes, tantôt tombe et laisse à découvert un ulcère ayant les caractères des chancres. Lorsqu'au contraire l'inoculation ne réussit pas, il ne reste plus de traces, de la piqûre le deuxième jour, ou seulement un bouton irrégulier qui guérit promptement. Les essais d'inoculation ont porté sur la matière des chancres et des ulcérations des organes de la génération et de l'anus dans l'un et l'autre sexe; sur celle de la blennorrhagie urétrale, vaginale, utérine et anale; sur le pus des bubons, celui des pustules ou papules muqueuses, celui des tubercules ulcérés, des pustules d'ecthyma, de l'*ulcus elevatum;* sur le pus des ulcérations du col de la matrice, des lèvres, de la partie interne des joues, de la gorge; sur celui des os cariés, des différentes excroissances et végétations. La pustule caractéristique, décrite plus haut, n'a jamais succédé qu'à l'inoculation du pus du chancre, du pus des bubons, et de celui de la blennorrhagie; encore M. Ricord croit-il que dans ce dernier cas, il y avait des chancres compliquant la blennorrhagie et auxquels on doit attribuer les effets de l'inoculation. Avec toutes les autres lésions réputées vénériennes, les résultats ont été négatifs. De ces faits, M. Ricord conclut, que le chancre et les lésions qui en dépendent d'une manière directe, donnant seuls lieu à la pustule, constituent une maladie différente des autres lésions dites vénériennes: il ajoute que l'inoculation sera souvent le seul moyen de distinguer, parmi les ulcérations des parties génitales, celles qui ont ou n'ont pas le caractère contagieux. — MM. Husson, Hervey de Chégoin et Collineau sont nommés commissaires pour l'examen de ce mémoire.

SÉANCE DU 11 JUIN.

SAUVAGES DE LA TRIBU DES CHARRUAS, DE L'AMÉRIQUE MÉRIDIONALE DES BORDS DU RIO DE LA PLATA.

M. Virey envoie par écrit les résultats de l'examen qu'il a [illegible] des quatre sauvages amenés des bords du Rio de la

(1) Voyez ci-dessus, lettre L, page 161.

Plata, par M. de Curel. Le crâne de ces hommes est moins développé que celui de la plupart des hommes de race blanche civilisée; la circonférence de la tête, du front à l'occiput, et prise sur les cheveux, a été de 20 pouces à 18 pouces et demi : les os maxillaires, les malaires et l'arcade zygomatique, ont plus d'étendue que chez les Européens, ce qui fait paraître conique leur sinciput; les yeux sont obliques, le grand angle abaissé vers le nez, et les paupières à demi-ouvertes et comme bridées. Les os du nez sont larges, déprimés; les sinus nasaux peu développés; le nez petit à la racine, court, large, ouvert à son extrémité; l'os frontal est abaissé et non pas aplati. L'ensemble des traits, la rareté des poils, même aux pubis et aux aisselles, la rareté de la barbe, l'état des cheveux, qui sont durs, plats, clairsemés, tout se rapporte évidemment, sous ce rapport, à la race Mongole. La couleur de la peau, la taille carrée, trapue, assez courte; la couleur noir du mamelon du sein, la faible menstruation de la femme, etc., sont aussi des traits qui s'y rattachent. D'où la confirmation de cette conclusion, que les habitans de l'Amérique du Sud et de l'Amérique du Nord ne forment pas une race distincte sous le nom de *race Américaine*, mais appartiennent à la race Mongole, qui est de toutes la plus étendue sur la surface du globe.

INSTRUMENS DE CHIRURGIE.

M. le docteur Colombat écrit du département de l'Isère, à l'occasion de la pince qu'a présentée à l'Académie dans la séance du 14 mars dernier, M. le professeur Cloquet, et qui donne le moyen de porter facilement et sans aide une ligature sur les artères profondes, qu'en mai 1826 il a donné la description et la gravure d'un semblable instrument, dans un mémoire intitulé: *De l'hystérotomie*, ou *amputation du col de la matrice*. M. J. Cloquet assure que sa pince diffère de l'instrument de M. Colombat. Ce professeur présente en outre un autre instrument avec lequel il retire avec la plus grande facilité la canule placée pour l'opération de la fistule lacrymale dans le canal nasal, quand cette canule s'est déplacée ou détermine par sa présence des accidens. Enfin M. Ricord présente une pince érigne dont il se sert pour la rescision des amygdales, et qui, étant moins volumineuse que la pince de Museux, est par cela seul plus commode.

HERNIE ÉTRANGLÉE.

Observation de M. Velpeau.

Une femme portait depuis vingt-quatre ans, un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, trilobée: surviennent des symptômes de l'étranglement de l'intestin qui nécessitent l'opération. Après avoir incisé les tégumens, M. Velpeau ne découvre pas de sac herniaire; il dissèque les trois lobes de la tumeur dans toute leur circonférence, arrive à un pédicule de la grosseur du pouce, enlève couche par couche chacun des trois lobes sans trouver autre chose qu'un tissu graisseux très-résistant, fait la section du pédicule, et alors seulement trouve une très-petite anse intestinale étranglée : il débride en quatre sens pour tirer en dehors une plus grande portion d'intestin; et quoique celui-ci présente des signes de gangrène, il en opère la réduction. Les accidens ont cessé, la femme va bien; il s'est établi au-dessus de l'ombilic un anus contre-nature qui, selon M. Velpeau, sera plus facile à guérir que s'il avait été le produit de l'art.

COMMUNICATION INTER-ARTICULAIRE,

Observation communiquée par le docteur Martin Solon.

Un homme adulte, souffrant depuis long-temps, est reçu à l'hôpital Beaujon; grande pesanteur de tête, teinte de cyanose autour de la bouche et au bas des yeux; pouls fort, dur et régulier; à l'auscultation, rien qu'une impulsion assez forte; rien d'insolite dans la température. Après la mort, l'ouverture du cadavre fait voir, 1° un calibre beaucoup plus considérable de l'artère pulmonaire; 2° une ouverture de communication entre les deux oreillettes du cœur, telle que l'extrémité du doigt pouvait y être introduite; 3° autour de cette ouverture principale, plusieurs autres petites. — M. Rochoux remarque que les cas de ce genre ne sont pas très-rares, et que s'ils permettent la continuation de la vie, même sans de grandes souffrances, cela tient à ce que probablement les deux sangs ne se mêlent pas. — M. Martin Solon croit qu'il était fort difficile que ce mélange n'eût pas lieu dans le cas qu'il met sous les yeux de l'Académie.

SUJETS DE PRIX.

M. Cornac, au nom d'une commission chargée de proposer des sujets de prix pour la prochaine séance publique de l'Académie, expose qu'aucun mémoire n'a été envoyé sur la question présentée en 1831, et qu'à raison de cette circonstance la commission a pensé qu'il fallait laisser les auteurs libres, et se borner à annoncer un prix de 1000 fr. à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit sur un sujet quelconque appartenant aux sciences médicales. MM. Roux, Delens, Adelon combattent comme contraire au réglement et aux devoirs de l'Académie cette proposition de la commission, et celle-ci est chargée de présenter des questions spéciales dans la séance prochaine. M. Cornac, dans un second rapport, rappelle que M. Portal a légué à l'Académie une somme de 12,000 fr. pour décerner chaque année un prix de 600 fr. à l'auteur du meilleur mémoire sur un *sujet médical éclairé par des données physiologiques et pathologiques*. Il propose pour sujet de prix à décerner en 1834, la question suivante : *Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur les progrès de la médecine depuis Morgagni jusqu'a nos jours*. Cette question est adoptée. Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Académie, avant le 1er mars 1834.

ALIMENT NOUVEAU APPELÉ SULTANA BAHMIA.

Le sieur Bourlet demande à être autorisé à faire entrer dans le commerce ce nouvel aliment. Le ministre des travaux publics et du commerce a consulté l'Académie, et celle-ci a chargé MM. Loiseleur-Deslonchamps et Delens de lui faire un rapport sur ce nouvel aliment. Il n'est autre que la capsule, encore jeune, d'une plante de la famille des malvacées, connue vulgairement sous le nom de *gombo*, et désignée par Linnée sous celui d'*hibiscus esculentus*, parce qu'elle est employée comme aliment dans plusieurs contrées de l'Asie et de l'Amérique. Les commissaires de l'Académie en ont préparé d'après le mode indiqué par le sieur Bourlet, et n'ont obtenu qu'un mets d'une saveur douceâtre, fade, peu agréable. Ils ne pensent pas que ce mets puisse soutenir la comparaison avec aucune des plantes potagères de notre pays. Cependant comme il est certain que le gombo est employé comme aliment en plusieurs pays, ils proposent d'autoriser le droit de vente sollicité par M. Bourlet. Adopté.

SÉANCE DU 18 JUIN.

M. Oudet, que le sort a dans la dernière séance désigné juge du concours prochain de pathologie externe, écrit que sa santé ne lui permet pas de remplir cette fonction. On procède aussitôt à son remplacement, et le sort désigne M. le docteur Lagneau.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

M. Cornac, au nom d'une commission, propose pour sujet d'un prix à décerner en 1834, trois questions parmi lesquelles, après discussion, l'Académie fait choix de la suivante : *Que doit-on entendre par le mot phthisie laryngée? Quelles sont les altérations organiques qui constituent cette maladie? Quelles en sont les causes, les espèces? Quel est le traitement à opposer à cette affection?*

La commission reçoit mission de proposer, dans la séance prochaine, d'autres questions pour sujets de prix à décerner en 1835.

OBSERVATION D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, SELON LES UNS, D'UNE MONSTRUOSITÉ PAR INCLUSION, SELON D'AUTRES.

Mémoire de M. le docteur Philip, De Sarlat, département de la Dordogne;

RAPPORT

de MM. Villeneuve et Evrat.

A l'âge de 25 ans une demoiselle éprouve des symptômes d'obstruction au foie; malgré les moyens de l'art, le mal fait des progrès, et au bout de six ans il y a grand développement des organes affectés. L'an suivant, les menstrues se suppriment, le ventre est distendu, présente une fluctuation manifeste, et par une ponction on en retire cinquante livres d'une sérosité limpide, citrine, inodore. La palpation du ventre, après l'écoulement du liquide, ne fait rien découvrir de particulier. Au bout de vingt-deux mois, nouvelle ponction, issue de cinquante à cinquante-cinq livres d'un liquide purulent, entraînant avec lui la sortie d'un flocon de cheveux. On soupçonne alors une grossesse extra-utérine. Après six mois, troisième ponction, même quantité et même qualité du fluide évacué, un cheveux long de six pouces sort par la canule. La malade nie avoir jamais eu commerce sexuel, et meurt deux mois après cette troisième ponction.

Autopsie. Dans l'abdomen, immense kyste remplissant presque cette cavité, sans communication avec les viscères; à la partie supérieure de ce kyste, deux paquets de cheveux réunis en boule, recouverts d'une substance graisseuse, et ayant la forme et le volume d'un œuf de poule; à l'un de ces paquets une portion de peau, un fragment d'os long de huit lignes, une dent molaire telle que celle d'un enfant de cinq ans, et deux autres dents. La partie antérieure de la matrice est détruite jusqu'à son col qui n'a rien de remarquable, et peut à peine être pénétré par le plus petit stylet. Tout le reste de l'appareil génital est détruit ou confondu avec le kyste. L'extrémité vulvaire du vagin présente, dit M. Philip, auteur de l'observation, l'anneau virginal dans toute son intégrité, et on peut à peine y introduire l'extrémité du doigt indicateur. M. Philip présente ce fait comme un cas de grossesse extra-utérine. Les commissaires de l'Académie remarquent d'abord que M. Philip n'a soupçonné une grossesse pendant la vie de la malade, qu'à cause de la sortie d'une touffe de cheveux lors de la première ponction; et cependant rien de plus fréquent que de rencontrer des productions pileuses, de véritables cheveux dans les kystes, même dans ceux formés aux dépens des ovaires, et contenant la sérosité. En second lieu, ils ne voient dans le fait de M. Philip, qu'un cas de monstruosité par inclusion, analogue à ceux du même genre, rapportés par Baillie, Bry (d'Angers), Ruysch et Dupuytren. — M. Capuron ajoute qu'un des moyens de distinguer les grossesses extra-utérine des monstruosités par inclusion, c'est que le placenta existe dans le premier cas et manque dans le second.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 10 JUIN.

LITHOTRITIE.

M. Double fait, en son nom et en celui de MM. Larrey et Boyer, un rapport sur un mémoire de M. Civiale, ayant pour titre : *Deuxième compte rendu du traitement des calculeux à l'hôpital Necker.* — Les nouvelles observations de M. Civiale portent sur 93 malades, dont 43 ont été traités par la lithotritie; 27 ont été complètement guéris; 10, après avoir subi diverses tentatives d'opération sont

morts, et 6 sont restés calculeux. De 8 autres malades soumis à la taille, 5 ont succombé, et 3 ont guéri. Tous les autres étaient des individus chez lesquels diverses affections de la vessie simulaient une affection calculeuse, sans qu'aucun d'eux eût réellement la pierre. — Sur le nombre total des maladss, on trouve 2 femmes seulement; toutes deux, opérées par la lithotritie, ont guéri en peu de jours. — 2 enfans, l'un de 9 ans, l'autre de 12, ont été traités aussi avec succès par la lithotritie; mais le chirurgien a senti la nécessité de modifier, quand il agit sur de jeunes sujets, son procédé opératoire. L'enfance offre d'ailleurs, dans bien des cas, une contre-indication à la lithotritie; M. Civiale le reconnaît, et il signale en outre les diverses circonstances qui, chez les adultes et les vieillards, doivent porter à recourir de préférence à la taille, ou même faire renoncer à toute opération. Toutefois l'auteur du mémoire pense qu'on a été souvent trop loin en représentant comme empêchement absolu certaines circonstances qui augmentent bien à la vérité les chances fatales de l'opération ou la difficulté de son exécution, mais ne sont pas toujours un motif suffisant pour qu'on s'abstienne d'essayer la lithotritie.

Le rapporteur présente ensuite un tableau des avantages que semble offrir la lithotritie comparée à la taille, surtout quand on pratique cette opération avant que le calcul soit devenu très-volumineux, et il exprime le vœu que, se dirigeant vers la partie clinique, on arrive à formuler d'une manière nette et précise les indications relatives de la lithotritie et de la taille; qu'enfin la lithotritie rentre dans le domaine commun de la chirurgie pratique. Le rapport est terminé par une discussion relative à la priorité d'invention entre les différens lithotriteurs. M. Civiale, comme ayant régularisé, achevé la découverte de la lithotritie, comme l'ayant mise en toute valeur et en pleine pratique, lui paraît devoir en être déclaré le véritable auteur.

SÉANCE DU 17 JUIN.

LUXATION DE L'HUMÉRUS.

— M. Sédillot, chirurgien au Val-de Grâce, lit un mémoire sur une luxation de l'épaule en arrière, ou dans la fosse épineuse, réduite au bout d'un an et quinze jours. Ce genre de luxation est tellement rare, que Desault n'en a jamais rencontré un seul exemple dans sa longue et immense pratique. M. Boyer n'en cite qu'un dans son grand ouvrage de chirurgie, et Cowper, qui en indique cinq cas dans son *Traité des luxations,* l'ouvrage le plus complet qui existe sur ce sujet, en a à peine entrevu deux. Le cas de luxation observé par M. Sédillot, et suivi d'une guérison complète après que plus d'une année s'était écoulée depuis l'accident, est intéressant, non-seulement à cause de cette dernière circonstance, mais encore parce qu'il tend à prouver que la chirurgie moderne, en proscrivant les machines pour la réduction des luxations, a été trop exclusive. M. Sédillot décrit avec beaucoup de détails les tentatives qui avaient été faites en suivant les procédés ordinaires, et l'appareil auquel il a eu enfin recours avec un succès complet. Nous reviendrons sur ce sujet lors du rapport qui sera fait sur le mémoire de M. Sédillot.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 MAI 1833.

(Présidence de M. Sanson.)

Maladies de la matrice. — Emphysème pulmonaire. — Asthme. — Angine de poitrine.

Au sujet du procès-verbal de la séance précédente, M. Burdin dit n'avoir jamais rencontré d'affection cancéreuse chez les filles vivant dans l'abstinence. Pour lui, le coït, la grossesse et l'accouchement sont des causes, sinon efficientes, du moins déterminantes du cancer; il persiste donc, avec M. Dubois, à considérer le célibat comme une condition préservatrice du cancer.

M. Duparcque, tout en admettant la rareté du cancer chez les filles, dit cependant en avoir rencontré trois cas.

M. Prus est porté à considérer la rareté apparente du cancer chez les filles, comme due en partie au sentiment de pudeur qui les empêche d'appeler un médecin.

M. Chailly rapporte avoir observé deux fois, chez des personnes affectées d'engorgement utérin, un phénomène susceptible, peut être, d'éclairer le diagnostic : c'est un bourrelet bleuâtre existant autour du méat urinaire, bourrelet dont il a obtenu la diminution au moyen de quelques sangsues appliquées à la circonférence; il a particulièrement observé ce phénomène chez une demoiselle qui avait usé du coït et chez laquelle la matrice engorgée présentait le volume qu'offre cet organe à quatre mois de grossesse; le col utérin était tuméfié, l'affection datait de dix ans.

M. tanchou rapporte qu'une dame, mariée depuis cinq ans, mais n'ayant jamais pu souffrir les approches de son mari, le consulta pour un écoulement sanguinolent. Le vagin offrait une telle étroitesse, qu'il put à peine admettre un *speculum ani*, au moyen duquel on découvrait le col utérin tuméfié, ramolli et végétant. M. Tanchou se demande si la simple excitation maritale, provoquée sans cohabitation, n'a pas pu contribuer au développement de cette maladie.

M. Sanson dit qu'il existe beaucoup de femmes impressionnables pour lesquelles le coït est douloureux. Il a vu cette disposition accompagnée de coarctation extrême du vagin, chez une femme ayant eu des enfans; le vagin admettait à peine une sonde de femme, dont l'introduction causait de vives douleurs et même des convulsions; l'urètre lui-même était coarcté, l'émission des urines était très douloureuse. Les traitemens les plus variés demeurè-

rent inutiles. On finit par l'envoyer aux eaux. Cet état est souvent accompagné d'exulcérations du vagin difficiles à guérir.

M. Prus cite de nouveaux faits confirmatifs de ceux dont il a déjà entretenu la société, et qui permettent de faire envisager l'emphysème pulmonaire comme cause de mort subite : un de ces faits est rapporté par M. Ollivier (d'Angers), dans les *Archives*, n° de février) ; l'autre vient de s'offrir à son observation : Un homme tombe subitement dans un état apparent d'asphyxie et succombe promptement. Pour toute lésion, on a rencontré un emphysème sous-séreux et interlobulaire, occupant la plus grande partie des poumons. Dans le cas de M. Ollivier, un accès de colère fut la cause déterminante ; dans celui de M. prus, l'accident ne fut précédé d'aucune cause appréciable, si ce n'est que cet individu était habituellement affecté de dyspnée.

M. Roche fait remarquer à ce sujet que Laënnec considérait l'emphysème pulmonaire comme cause de l'asthme.

M. Prus pense que l'asthme peut être accompagné de lésions très-diverses. Quant à l'emphysème, c'est encore une question de savoir s'il doit être envisagé comme effet de la dyspnée. M. Prus pense qu'il est plutôt effet, mais qu'une fois produit il ajoute à l'intensité de la maladie.

M. Collineau demande comment on peut expliquer l'asthme par l'emphysème préexistant ; M. Roche répond qu'on suppose, qu'après des efforts de toux prolongée et déterminée par une cause quelconque, une simple bronchite par exemple, l'emphysème se produit par suite de la rupture d'une vésicule bronchique ; la maladie primitive guérit, et l'asthme reste comme effet de l'emphysème permanent.

M. Jacquemin est autorisé à considérer l'asthme comme produit le plus souvent par une affection du centre circulatoire. Chez plusieurs individus, et particulièrement chez sa grand-mère qui a succombé à cette maladie, on a trouvé les artères cardiaques ossifiées.

M. Duparcque admet la fréquence des lésions du cœur, mais il les considère comme pouvant être consécutives au trouble de la respiration ; car dans l'intervalle des accès et dans le principe, la circulation n'offre aucun dérangement appréciable ; c'est ainsi que chez une dame, qui est asthmatique depuis vingt ans, ce n'est que depuis quelques mois seulement que le centre circulatoire paraît affecté.

M. Nacquart dit qu'on a souvent confondu l'asthme avec cette affection particulière, connue sous le nom *d'angine de poitrine, sténo-cardie*, etc., affection caractérisée par un sentiment subit de constriction douloureuse dans la région du cœur, quelquefois accompagnée d'engourdissement dans le pli du bras. Dans la plupart des cas, l'autopsie a révélé pour toute lésion, une ossification des artères cardiaques, lésion que M. Nacquart lui-même a plusieurs fois constatée. Cette affection offre cela de remarquable que, dans l'intervalle des accès provoqués le plus souvent par l'exercice musculaire, les fonctions de respiration et de circulation n'offrent rien de particulier. M. Collineau a vu l'angine de poitrine déterminée par un accès de colère. Chez une dame affectée de cette maladie, un rhumatisme lombaire fit disparaître l'affection ; chez un goutteux, la métastase détermina une affection du cœur qui entraîna la mort, d'où M. Collineau induit que l'angine de poitrine a quelque affinité avec l'affection arthritique.

M. Téallier a vu mourir d'une affection analogue une dame, qui successivement avait eu plusieurs névralgies ; chez elle les accidens paraissaient tenir à l'affection du pneumogastrique ; c'est probablement pour ne rien préjuger sur l'essence de l'affection que Baumes lui avait assigné le nom de *sternalgie*. M. Prus a eu l'occasion d'observer une névralgie présumée de la huitième paire, dont les symptômes ne ressemblaient en rien à ceux de l'angine de poitrine. M. Roche ne pense pas non plus que cette maladie tienne à une lésion de la huitième paire ; cela du moins n'offre pas la même évidence que pour la coqueluche, et il rappelle à ce sujet l'observation si curieuse, dont furent témoins MM. Dupuytren, Husson et Gendrin, d'un homme affecté d'un abcès au col, qui avait dénudé le pneumo-gastrique, aussitôt que l'inflammation s'empara des parois du foyer et de l'enveloppe du nerf, des symptômes de coqueluche se manifestèrent ; ces symptômes diminuèrent graduellement à mesure que ceux de l'inflammation se dissipèrent eux-mêmes.

M. Nacquart fait observer que rien n'est plus obscur que l'histoire des névroses ; c'est, dit-il, la *cryptogamie, les parties honteuses* de la science ; partant, ajoute-t-il, il ne faut pas récuser l'influence des lésions palpables, matérielles, pour invoquer des causes qui nous échappent entièrement.

M. Chailly remarque que, dans l'étymologie, le mot *angine* qui implique une affection siégeant à la gorge, est vicieux, appliqué à la maladie dont il s'agit ; en conséquence, il préférerait le mot *sternalgie*. Revenant à l'emphysème, observé par M. Prus, il ne comprend pas qu'une infiltration aérienne qui n'affecte qu'une partie du poumon puisse causer la mort subite ; il a vu succomber moins rapidement, un individu affecté d'un emphysème général énorme, par suite d'une légère incision au col. M. Prus répond que dans les cas dont il a parlé, il n'y avait pas emphysème circonscrit, mais bien général du poumon, et qu'en outre on conçoit la grande différence qui doit exister, quant à la gravité, entre l'emphysème *du tissu* cellulaire extérieur et celui du poumon. FORGET.

SÉANCE DU 17 MAI.

La correspondance manuscrite se compose 1° d'un mémoire intitulé : *Remarques pratiques sur les affections de l'utérus pendant la gestation et après les parturitions prématurées ou à terme*, par Ch. Gérard, médecin à Morteau. 2° Un manuscrit intitulé : *Observations de médecine pratique*, par le docteur Larroque.

La correspondance imprimée comprend : 1° *le Bulletin de la Société Médico-Pratique de Paris*, année 1832 ; 2° Un mémoire sur le choléra-morbus, par M. Heyfelder. 3° Un mémoire sur la nature et le traitement du choléra-morbus, par M. de Kerckhove.

Il est donné lecture du rapport de M. Forget, au nom d'une commission, sur la présentation de M. Gérard, comme membre correspondant.

M. Gérard est élu membre correspondant de la société de médecine de Paris.

M. Nacquart communique les observations de deux enfans de deux à trois ans, qui, tous deux, ont présenté les symptômes de l'arachnitis, et dont l'un, traité par les applications froides, a succombé, tandis que l'autre a paru devoir la terminaison favorable de sa maladie au soin que l'on a eu d'entretenir sur sa tête des cataplasmes émolliens. M. Nacquart appelle l'attention de la société sur ce dernier fait auquel il pourrait en ajouter cinq ou six analogues.

M. Nacquart se rend compte des résultats favorables dus à la méthode qu'il a employée, en distinguant plus soigneusement qu'on ne l'a fait la congestion de l'inflammation. Il croit que le froid peut être convenablement opposé à la simple congestion vasculaire; et, par contre, que le froid nuit alors à l'affection réellement phlegmasique. M. Nacquart dit, à ce sujet, qu'il a essayé plusieurs fois des applications froides ou même glacées sur des phlegmasies apparentes, et toujours avec bien peu de succès. En résumé, M. Nacquart estime que le froid peut prévenir alors le passage de l'état de congestion à celui d'inflammation; et que les applications émollientes tièdes conviennent seules dans les inflammations prononcées, quel que soit leur siége.

M. Chailly blâme l'usage des applications froides faites sur la tête des enfans. Il reproche au froid de s'opposer au retour des sécrétions qui ont lieu si souvent sur le cuir chevelu des enfans. Il préfère de beaucoup aux applications froides l'apposition de deux vésicatoires derrière les oreilles.

M. Deville dit qu'il voit beaucoup d'enfans dans le quartier de l'Hôtel-de-Ville, et qu'il croit devoir déclarer qu'en général les applications froides et les sanguses lui ont mal réussi dans le traitement des convulsions. Aussi a-t-il presque entièrement renoncé à l'emploi de ces moyens pour ne recourir qu'à des bains tièdes dont il a beaucoup à se louer.

M. Collineau rappelle que les causes des convulsions sont très-variées. Le premier soin du praticien doit être de distinguer la cause des convulsions qu'il a à traiter. Il regarde les applications froides comme étant souvent dangereuses; toutefois, il les croit susceptibles de combattre avantageusement l'inflammation.

M. Maingault emploie avec succès les saignées du bras chez les enfans atteints d'affections cérébrales.

M. Delens regarde les convulsions comme un symptôme peu alarmant lorsqu'elles ne sont par liées à une affection cérébrale. Dans ce dernier cas, elles sont toujours graves. Il a traité les convulsions par les antiphlogistiques qui lui ont mal réussi. Les maladies de l'encéphale offrent souvent au début des rémittences ou mieux encore des intermittences; le sulfate de quinine est alors un remède précieux.

M. Latour rapporte le cas d'un enfant chez lequel le sulfate de quinine n'a pas diminué les accidens rémittens et même intermittens d'une affection cérébrale qui a cessé aussitôt qu'on n'a plus employé ce traitement. Lui-même a fait usage du sulfate de quinine, dans un cas analogue, et avec le même insuccès.

M. Prus, tout en reconnaissant la grande utilité qu'on a souvent tirée des préparations de quinquina contre des accidens rémittens ou intermittens liés à un désordre des centres nerveux, pense cependant que, dans beaucoup de cas, il serait imprudent d'accorder une trop grande confiance aux antipériodiques. Il cite à ce sujet un fait dont il vient d'être témoin. Un vieillard lui a présenté des accès de fièvre intermittente quotidienne, accès réguliers et caractérisés par les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur, le sulfate de quinine, employé à haute dose, n'a produit aucun soulagement. Le malade accusant souvent une douleur sus-orbitaire du côté droit, douleur qui existe d'une manière plus ou moins intense, depuis qu'un coup sur le globe de l'œil a amené la destruction de cet organe, M. Prus pensa que les accès dépendaient de l'affection encéphalique. Une large saignée diminua beaucoup les douleurs de tête et fit entièrement cesser les accès.

M. Maingault appelle l'attention de la société sur l'épidémie de la grippe qui sévit en ce moment à Paris. Il insiste surtout sur la gravité apparente des symptômes cérébraux que cette maladie présente assez souvent à son début.

M. Roche a vu des cas dans lesquels toutes les muqueuses, même celle de la vessie, étaient prises d'une manière plus ou moins intense. Du reste, l'épidémie actuelle lui paraît moins grave que celle de 1831.

M. Delens a constaté que la maladie est toujours précédée de prodromes qui durent environ deux jours. Les sangsues lui ont paru peu utiles dans ce cas.

M. Mérat voyant des malades présenter cet état saburral de la langue, qu'on combattait avec tant de succès il y a vingt ans, par des vomitifs et des purgatifs, a cru devoir y recourir; ces moyens lui ont paru guérir les malades mieux et plus vite que les autres.

M. Roche, atteint de la grippe, avait une grande appétence des boissons froides acidules; elles lui ont réussi bien mieux que les boissons dites pectorales.

M. Tanchou établit que la grippe présente deux périodes : la première, dans laquelle il est utile d'exciter la transpiration; la seconde qui réclame l'emploi des boissons acidules et des purgatifs.

Pour le secrétaire particulier,
Prus.

Le secrétaire général,
Nacquart.

BULLETIN

DE TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE.

—

SÉANCE DU 2 MAI.

(*Présidence de M. Paget.*)

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL.

La correspondance imprimée comprend : 1° un mémoire sur l'asparamide (asparagine de M. Robiquet), et l'acide

asparamique de MM. Boutron-Charlard et Pelouze; 2° le n° janvier et février des Annales de l'Auvergne, renvoyé à M. Boudet; 3° le Journal de pharmacie de mai 1833; 4° deux ouvrages de M. Herberger; l'un ayant pour titre : *Ueberlingen et sa source d'eaux minérales*, l'autre, *classification systématique des produits d'origine organique*, avec l'exposition exacte de leurs propriétés à l'état d'isolement et de combinaison avec d'autres corps, renvoyés à M. Vallet.

La correspondance manuscrite comprend : 1° une lettre de M. Fauré de Bordeaux, qui adresse à la Société une analyse des fanons de baleine, renvoyé à la commission des travaux; 2° une lettre de M. Latour, qui accuse réception du diplôme correspondant, et qui remercie la Société; 3° une lettre de M. Germain de Fécamp, à laquelle est jointe un mémoire sur la préparation du sirop d'orgeat, renvoyé à la commission des travaux; 4° une note de M. Lherminier, pharmacien à la Guadeloupe, sur la vraie racine d'alcorcorque, sur la racine de manioc et sur le fruit du *phœnix dactylyfera*, renvoyé à la commission des travaux.

M. Bussy rend compte des séances de l'académie des sciences.

A propos de ce compte rendu, M. Guibourt fait quelques observations sur les faits annoncés par M. Gannal; il prétend que ce chimiste est dans l'erreur en avançant que la farine d'orge ne contient que 30 ou 33 pour cent de fécule, et qu'il reste de l'amidon dans les autres produits isolés; les faits avancés par M. Guibourt étant importans, il est invité à rédiger une note, et à l'adresser à la commission des travaux.

M. Soubeiran fait observer à ce sujet qu'il résulte des expériences de M. Raspail, que la farine d'orge contient toujours une matière autre que l'amidon; et qu'elle provient de ce que l'enveloppe de l'orge, bien plus friable que celle de blé se réduit en poudre en même temps que le périsperme; et en outre qu'une grande partie des cellules de celui-ci restent mêlées à l'amidon sous la forme d'une poudre inerte.

M. Guibourt fait observer que l'on obtient avec l'orge de la farine très-belle, et dans laquelle il y a absence de son.

M. Lodibert rend compte des séances de l'Académie de médecine.

M. Soubeiran cite à cette occasion le contenu d'un rapport que, conjointement avec M. Cullerier, il a fait à l'Académie de médecine. L'Académie avait reçu une terre apportée d'Abyssinie (terre de Kordoufan), et qui, dans ce pays, ainsi que dans la haute Égypte, est employée à la guérison des maladies vénériennes. Tout ce que l'on sait relativement à son emploi, c'est qu'après l'avoir laissée en contact avec l'eau, on fait boire au malade la solution claire qui en résulte. La liqueur que l'on obtient ainsi a une couleur brune plus ou moins foncée, suivant sa concentration. Elle est douce au toucher, sa saveur est faible; elle n'a pas d'odeur. L'analyse a montré qu'elle contient du carbonate du soude, du sulfate de soude, un peu de sel marin et de l'ulmate de Soude. La proportion de ces matières est d'environ les 4/100 de la terre qui les a fournis.

L'ulmine, qui fait partie de la terre de Kordoufan, a les caractères généraux ordinaires de l'ulmine. On y observe cependant quelques différences, à la vérité peu importantes. Ainsi elle est plus foncée en couleur; et elle conserve ce caractère dans les différens composés dont elle peut faire partie. L'acide ulmique que précipite l'ulmate d'ammoniaque ordinaire ne précipite pas celui dont la terre d'Abyssinie a fourni le principe acide. L'ulmate de chaux est moins soluble. L'ulmate de manganèse ne se dissout pas dans l'ammoniaque. Tout en conservant les caractères qui constituent le type principal, l'ulmine du Kordoufan se présente donc comme une variété particulière qui n'a pas encore été observée ailleurs.

Quant à la terre elle-même, c'est une alluvion provenant de terrains anciens, dans laquelle on peut reconnaître facilement les quartz et le mica blanc, et qui n'a pu fournir les sels de soude que l'analyse a fait reconnaître. Ceux-ci ont été apportés par des infiltrations postérieures, et il est même probable que leur arrivée a suivi l'époque où des végétaux ont vécu sur ce terrain; car la nature des principes solubles et la proportion ont dû rendre celui-ci impropre à la culture. Ce qui est surtout remarquable, c'est cette destruction si complète des corps organisés, qu'il ne reste pas la moindre trace de leurs tissus, et que l'ulmine est le seul vestige qui puisse actuellement accuser leur existence passée. Le temps qui s'est écoulé depuis l'époque où des plantes ont végété sur ce sol, est-il si ancien qu'il ait suffi à la destruction entière de toutes les parties organisées, ou cette désorganisation a-t-elle été hâtée sous l'influence des matières alcalines ?

La partie relative à l'emploi thérapeutique n'a pu être éclairée faute de matière.

M. Chereau, en son nom et en celui de M. Martin, rend compte de deux ouvrages publiés en Angleterre, sur les perfectionnemens à apporter à la fabrication des microscopes, ouvrages envoyés par MM. Ed. Turell et W. Valentin à la Société. Ce rapport, d'un haut intérêt, est renvoyé à la commission des travaux.

M. Boullay, en son nom et en celui de M. Polydore Boullay, communique à la Société la première partie d'un mémoire qui sera imprimé dans le Journal de pharmacie. Ce mémoire a pour but de démontrer que l'on peut, avec de l'eau ou tout autre liquide et sans pression, déplacer, sur l'addition d'une nouvelle quantité de liquide, le liquide qui aurait été employé pour mouiller une poudre, dont on voudrait enlever les principes extractifs sur ce liquide, et que par-là on peut éviter l'emploi du filtre-presse de Réal.

M. Robiquet présente à la Société un appareil destiné à opérer, comme l'indique M. Boullay dans son mémoire. Il rappelle qu'il a parlé de cet appareil dans le travail qui lui est commun avec M. Boutron-Charlard, et que des appareils semblables sont depuis long-temps employés à l'école, il en fait voir un qui consiste en une alonge très-longue et fort étroite dont l'orifice le plus large est bouché à l'émeri et qui s'adapte par son extrémité opposée au goulot d'une carafe avec lequel elle est usée à l'émeri, on introduit un peu de coton dans la douille de l'alonge, puis on superpose la substance qu'on veut traiter. On verse

ensuite le liquide destiné au traitement, on bouche, on laisse macérer le temps nécessaire, et quand on veut que la filtration commence on interpose un morceau de papier entre le goulot de la carafe et la douille de l'alonge, de temps à autre on soulève le bouchon supérieur.

M. Boullay lit une note de la première partie de son mémoire, dans laquelle il est fait mention de l'appareil présenté par M. Robiquet et de son usage.

Divers membres prennent part à la discussion et font mention de l'emploi de cet appareil pour la préparation du café, que quelques-uns d'entre eux signalent comme étant un produit peu agréable lorsqu'il est ainsi préparé.

D'autres membres indiquent l'emploi du vide et celui d'une liqueur susceptible de se réduire instantanément en vapeurs pour aider à la pression et à la filtration des liquides.

M. Boullay annonce qu'il donnera, dans une des prochaines séances, communication de la seconde partie de son mémoire qui porte sur des applications pratiques.

M. Boutron lit un rapport sur M. Vée, et il conclut à l'admission de ce pharmacien comme membre résidant.

M. Chevallier annonce qu'il a examiné un papier nouvellement vendu dans le commerce, et sur lequel on peut écrire avec de l'eau ou de la salive; il a reconnu que ce papier était préparé avec une solution de sulfate de fer, qu'on le faisait sécher, et qu'ensuite on le saupoudrait avec de la noix de galles en poudre fine, au moyen d'un tampon de coton; il dit que l'on peut préparer d'autres papiers avec des solutions et des poudres diverses, et qu'ainsi l'on peut se procurer des écritures de différentes couleurs.

M. Boutron présente un flacon de per-nitrate de fer cristalisé, obtenu par M. Houton La Billardière dans ses travaux de fabrication.

M. Robiquet annonce qu'il a obtenu un chloride de fer cristallisé en octaèdre, en faisant réagir de l'acide hydrochlorique sur du bleu de Prusse.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

—

SÉANCE DU 5 JUIN 1833.

(Présidence de M. Velpeau.)

M. Vassal rend compte des séances de l'académie de médecine. Il ne partage par l'opinion absolue émise par M. Maygrier, qui pense que la version est toujours possible quand l'enfant présente le bras, et que dès lors l'académie doit se prononcer positivement pour proscrire la mutilation dans les cas de ce genre. Suivant M. Vassal, il n'est pas toujours possible d'introduire la main dans l'utérus pour opérer la version; le volume du bras de l'enfant, le gonflement des parties génitales de la femme et les contractions du col de l'utérus sont des obstacles qu'il est souvent impossible de vaincre. L'auteur rapporte à ce sujet une observation. Baudelocque n'ayant pu terminer un accouchement de cette espèce, eut recours à Coutouly, qui désarticula le bras, et qui délivra heureusement la femme: l'enfant était vivant.

S'appuyant sur ce fait, et fort de l'autorité de deux accoucheurs aussi célèbres que Baudelocque et Coutouly, M. Vassal pense qu'il est des cas où, sans manquer aux préceptes de l'art, et sans encourir une responsabilité justiciable des tribunaux, l'accoucheur peut amputer le bras pour terminer l'accouchement. Dans l'affaire du docteur Hélie, le tribunal de Domfront a donc mal jugé en tranchant une question sur laquelle l'académie de médecine elle-même avait été consultée, et s'était prononcée en sens contraire du jugement rendu.

Continuant son rapport sur les séances de l'académie de médecine. M. Vassal cite un mémoire sur l'inoculation de la syphilis, présenté par M. Ricord.

M. Velpeau fait observer que le fait cité par M. Vassal, a été publié par Coutouly et non par Baudelocque. Dans cette observation, telle qu'elle est rapportée par Coutouly, la nécessité de la mutilation n'est pas bien prouvée. M. Velpeau fait remarquer à ce sujet que les difficultés opposées à l'introduction de la main dans l'utérus sont dues moins aux causes énoncées par M. Vassal, qu'aux contractions du fonds de la matrice exactement appliquée sur l'enfant. Les saignées, les bains, les antispasmodiques peuvent amener le col à avoir plus de souplesse; avec un peu de patience et à l'aide de ces divers moyens, on peut facilement introduire quelques doigts, puis la main dans le col de l'utérus, qui, du reste, est d'autant plus dilaté et plus souple que les contractions du fond de cet organe sont plus fortes. Mais, répète M. Velpeau, la plus grande difficulté réside dans ces contractions elles-mêmes, qui repoussent sans cesse la main, et la compriment comme dans un étau. Or, quel avantage peut-on retirer de l'amputation du bras? aucun: car ce n'est pas le bras, quelque volumineux qu'il soit, qui s'oppose à la version.

M. Dezeimeris dit qu'il est difficile de spécifier les cas où l'on peut amputer le bras de l'enfant. Quand la version est impossible, et qu'il est urgent de délivrer la mère, la mutilation pourrait être permise.

M. Bouillaud pense que tant qu'on n'aura pas proscrit d'une manière absolue la mutilation de l'enfant dans les cas de cette nature, on pourra s'appuyer de l'autorité de Coutouly, et agir comme M. Hélie. Le tribunal de Domfront s'est érigé en académie en tranchant une question encore débattue par les gens de l'art. Si les cours de justice pouvaient ainsi se permettre de juger des questions médicales, on verrait renaître de ridicule et le scandale offerts jadis par le parlement de Paris, au sujet de l'émétique.

M. Velpeau répond que, depuis Coutouly, les accoucheurs ont généralement reconnu qu'il n'était pas nécessaire de mutiler l'enfant quand il présente le bras. L'auteur cite un fait récent qui lui est propre. Une femme était en mal d'enfant depuis quinze heures; l'enfant présentait un bras; des tentatives infructueuses avaient été faites pour opérer la rentrée de ce bras et la version; la

femme avait été saignée ; des bains, des antispasmodiques avaient été administrés. M. Velpeau, appelé auprès d'elle, lui fit prendre encore un bain. L'état du col de l'utérus permit d'introduire d'abord quelques doigts, puis la main ; parvenu dans la matrice, l'accoucheur éprouve les plus grands obstacles pour avancer et aller à la recherche des pieds ; il fut souvent obligé de changer de main, tant la force des contractions exercées sur celle qui était dejà introduite, étaient énergiques. M. Velpeau parvint enfin, après une heure de fatigue et d'efforts, à saisir les pieds ; il termina l'accouchement fort heureusement.

Dans tous les cas de ce genre, ajoute l'auteur, il faut de la patience. Il ne doute pas que dans celui où M. Hélie a cru devoir opérer une double mutilation pour en finir plus vite, on aurait pu terminer l'accouchement sans avoir recours à ce cruel procédé. Il n'y avait pas urgence, puisque les eaux n'étaient pas encore écoulées. Toutefois, s'il est des cas où la mutilation soit indispensable et permise, ils doivent être fort rares. Il n'a a que trois cas où il soit urgent de terminer promptement l'accouchement pour sauver la mère ajoute M. Velpeau : des convulsions, une hémorrhagie et une grande débilité occasionée par un travail long-temps prolongé. Hors ces cas, on peut et on doit ne pas se presser ; il faut tenter la version pour laquelle la présence du bras n'est jamais un obstacle.

M. Donné rend compte de la séance de l'académie des sciences. Il parle du sphygmomètre de M. Hérisson, à l'aide duquel l'inventeur prétend établir le diagnostie de toutes les affections du cœur. M. Donné fait observer que des expériences faites en sa présence par l'auteur, sur plusieurs malades de la clinique de M. Bouillaud, n'ont pas fourni des résultats concluans en faveur de la précision du sphygmomètre.

M. Ledain lit un rapport sur la statistique de Gisors, ouvrage adressé à la société par M. le docteur Brachet, de Lyon, l'un de ses membres correspondans. Suivant le rapporteur, la statistique est une science encore toute nouvelle, dont les applications et les résultats ne peuvent point être généralisés sans inconvénient. Cette science peut rendre un jour de grands services aux populations ; mais les faits particuliers demandent à être observés et appréciés sous une infinité de rapports, que ceux qui s'occupent de statistique ne sont pas encore parvenus à bien préciser. Le rapporteur, appréciant toutefois les efforts et le travail de M. Brachet, propose de lui adresser une lettre de remerciement. Cette proposition est adoptée.

M. Donné pense que les travaux statistiques sont peu utiles en général, et encore moins ceux relatifs à la médecine. Les personnes qui s'y livrent se laissent facilement séduire par les résultats mathématiques dont elles croient pouvoir faire des applications à l'économie animale, qui prête cependant fort peu aux combinaisons du calcul. Tout ce qui est relatif à la médecine et à l'étude de l'homme, a offert tant de rapports divers sous lesquels on doit envisager les objets qu'il est bien difficile de ne pas en négliger quelques-uns dans les recherches statistiques Les calculs, quelque concluans qu'ils paraissent, ne donnent alors la solution que d'une partie du problême.

Suivant M. Gauthier de Claubry les statistiques, faites sur telle ou telle maladie, offrent toutes des résultats différens, suivant les observateurs qui ont voulu cependant tirer des inductions générales des faits particuliers dont ils ont tracé l'histoire.

M. Dubois (d'Amiens) en combattant l'utilité des travaux statistiques, cite à l'appui de ses observations à ce sujet, la travail récent d'un avocat à la cour royale de Paris, sur la statistique des crimes commis en France depuis un certain nombre d'années. Les conclusions tirées par l'auteur sont, que tel crime est d'autant plus commun que l'instruction est plus arriérée dans tel département. Cette application à des localités isolées, se trouve démentie pour ce que présente la ville de Paris, par exemple, ou le même crime est proportionnellement plus fréquent, quoique cependant l'instruction y soit assez généralement répandue.

— M. Vassal distingue la statistique en *morale* et en *médicale*. Celle-ci est très-utile et indispensable. Tout médecin qui veut exercer son art doit, avant tout, s'occuper de la topographie et de la statistique des pays où il s'établit.

M. Dezeimeris fait observer que l'on a jusqu'à présent procédé en statistique, comme en beaucoup d'autres sciences, c'est-à-dire en sens contraire de ce qu'il convenait de faire. En commençant par généraliser quelques faits particuliers, au lieu de s'attacher à en rassembler un assez grand nombre pour en tirer ensuite des conséquences, on s'est ainsi opposé aux progrès de la science.

— M. Velpeau fait remarquer que les expériences faites en thérapeutique sont de véritables travaux statistiques dont on ne peut contester l'utilité et l'importance.

La séance est levée à dix heures moins un quart.

SÉANCE DU 19 JUIN 1833.

CORRESPONDANCE ;

Renouvellement du bureau ; mémoire de M. Bouillaud sur l'auscultation.

Correspondance. — M. le docteur Lepelletier (de la Sarthe) demande à faire partie de la société. Il adresse un exemplaire de sa physiologie en quatre volumes, et un mémoire manuscrit sur un empoisonnement par le sulfure jaune d'arsenic.

M. Voisin est chargé de faire un rapport sur le titre du candidat, dont la demande est appuyée.

La suite de l'ordre du jour appelle le renouvellement de tous les membres du bureau ; l'assemblée y procède dans les formes ordinaires ; sont élus : président, M. Velpeau ; vice-président, M. Gauthier de Claubry ; secrétaire-général pendant deux ans, M. Bricheteau ; secrétaires-particuliers, MM. Dubois (d'Amiens) et Ledain. MM. Vassal et Donné sont nommés commissaires auprès des sociétés savantes.

M. Bouillaud lit ensuite un mémoire sur l'auscultation. Il résulte des nouvelles recherches et expériences de l'auteur

sur ce procédé, que Laennec, malgré la précision avec laquelle il a observé et décrit les divers phénomènes fournis par l'auscultation, a cependant encore laissé à glaner dans le vaste champ qu'il a exploité avec tant de succès et d'avantages pour le diagnostic des maladies de poitrine. M. Bouillaud a principalement dirigé ses recherches sur le bruit de soufflet, de scie ou de râpe, que Laënnec avait eu peu d'occasions d'observer, ainsi qu'il le dit lui-même. L'auteur du mémoire fait remarquer que l'inventeur du stéthoscope a seulement décrit les bruits artériels dans l'état pathologique. M. Bouillaud les a étudiés et dans l'état normal et dans l'état anormal du système circulatoire. La comparaison des phénomènes acoustiques, offerts par ces deux manières d'être, peut fournir de nouveaux signes, précieux pour le diagnostic des affections du cœur et des vaisseaux. Laënnec a commis, suivant M. le professeur Bouillaud, une erreur grave en attribuant le bruit de soufflet à un état spasmodique particulier, indépendant d'aucune lésion organique du cœur. Il résulte, au contraire, des nombreuses observations de l'auteur du mémoire, et toutes vérifiées par l'autopsie cadavérique, que le bruit de soufflet est constamment occasioné par une affection organique du système circulatoire. Il discute ensuite les expériences récentes faites sur cette matière par le docteur Corrigaz (d'Edimbourg). Celle de M. Bouillaud lui ont fait reconnaître un bruit particulier, très-fort, et dont le siége principal est dans les artères carotides. L'auteur compare ce bruit à celui de l'instrument qu'on appelle diable; il est bien différent du bruit de soufflet, de scie ou de râpe, décrit par Laennec. Les expériences nombreuses faites par MM. Bouillaud et Donné, ont prouvé que le bruit de diable (comme l'appelle l'auteur du mémoire) présente des modifications nombreuses quant à l'intensité et à la continuité du son sur le même ton, non-seulement suivant les sujets sur lesquels on observe, mais encore selon la position qu'on leur donne et la pression exercée sur l'artère avec le stéthoscope. Dans certains cas le bruit de diable semble imiter et suivre l'échelle diatonique; l'artère chante pour ainsi dire: c'est un bruit musical.

Ces bruits divers ont, jusqu'à présent, été entendus principalement chez les femmes nerveuses, chlorotiques, hystériques, etc. Le bruit de diable n'est point incompatible avec l'état des vaisseaux.

On ne l'a point observé chez des individus atteints de lésions organiques du système circulatoire, ou du moins il n'a pas été perçu dans le siége de ces affections. M. Bouillaud présume que le voisinage du larynx n'est pas étranger à la production de ce son particulier, puisqu'en éloignant les carotides du conduit aérien par diverses positions données à la tête, on modifie le bruit, on le fait même complètement cesser.

L'auteur termine son mémoire en examinant les explications présentées par MM. Rouannet et Filhos, sur les différens bruits fournis par l'exploration acoustique du cœur et des vaisseaux.

Après la lecture de ce mémoire, que la société accueille avec un vif intérêt, M. Bricheteau s'étonne que Laënnec, observateur si exact et si judicieux, ait pu attribuer le bruit de soufflet à une cause vitale et non toute physique. L'auteur a constamment observé, ainsi que M. Bouillaud, que ce bruit était le signe d'une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux.

M. Vidal fait remarquer que les filles chlorotiques, présentant le bruit de soufflet, cessent d'offrir ce symptôme par suite d'un traitement tonique. Si cependant ce bruit indiquait toujours une lésion organique du cœur, ce traitement ne leur serait pas applicable, et il aggraverait les accidens. L'opinion de Laennec ne serait donc pas tout-à-fait erronée. M. Vidal attribue le bruit de soufflet à des contractions partielles et irrégulières des fibres musculaires du cœur, dont les ouvertures se trouvant ainsi rétrécies, gênent momentanément la circulation. Quant au *bruit de diable*, il ne pense pas qu'on puisse le considérer comme musical, mais seulement comme variable par sa plus ou moins grande intensité.

M. Bouillaud combat les explications fournies par M. Vidal. Le bruit de soufflet est un fait physique qui peut être compris et expliqué par les lois de l'hydrostatique, sans avoir recours aux raisons puisées dans le vitalisme.

M. Donné confirme, par de nouvelles explications et par des expériences hydrostatiques qu'il a souvent répétées, tout ce qui a été dit par M. Bouillaud sur le bruit de diable et de soufflet, et sur la cause de ce bruit.

M. Dubois (d'Amiens) admet des lésions organiques persistantes et d'autres qui ne sont que passagères. Il se rend compte ainsi des phénomènes acoustiques que présentent certains malades.

M. Bouillaud fait observer que le vitalisme tel que le comprend et le résume M. Dubois, se rapproche beaucoup du solidisme; ce n'est pas ainsi que l'entendait Laennec. Au reste, ajoute-t-il, toutes ces explications ne détruisent ni ne confirment les faits tout physiques, offerts par le système circulatoire.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés, dans la table, par la lettre (*a*), ont été retranchés pour double emploi, ou comme objet d'intérêt local.

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

Pneumonie chronique, consomption, marasme, point de tubercules. 67

Gastro-colite, pleurésie, pneumonie chronique, pas de tubercules. 68

Observation d'une amputation du bras, dans l'articulation scapulo-humérale, avec résection du col de l'omoplate, pratiquée avec succès à l'hôpital d'Abou-Zabel (Egypte), le 24 octobre 1828, par le docteur Clot, inspecteur du service de santé des armées du vice-roi. *ib.*

Amputation partielle du pied, pratiquée à l'hôpital de Troyes, par M. Bédor, ancien chirurgien-major, attaché en chef à cet hôpital. 69

Note sur la fréquence des calculs vésicaux en Egypte et sur la méthode employée par les chirurgiens pour en faire l'extraction; suivie de réflexions sur les résultats de trente-huit opérations de cystotomie, pratiquées par Clot, directeur de l'hôpital d'Abou-Zabel. 72

De la rhinoplastie, art de restaurer complètement les nez; par M. Labat, docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Egypte, etc. 75

Observation d'une grossesse extra-utérine, opérée par le docteur Benit, le 28 juillet 1832, à Fernambouc (Brésil). 80

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Mémoires et observations. — Sazie, interne des hôpitaux. — Mémoire sur la réunion immédiate et la levée tardive du premier appareil des plaies qui succèdent aux grandes opérations. 157

Guillemot, D. M. — Remarques sur le chatonnement du placenta. 167

Bérard jeune, D. M. — Mémoire sur l'appareil inamovible dans le traitement des fractures. 173

Tazentre, D. M. — Observation d'urétrite communiquée par l'ingestion de l'écoulement blennorrhagique dans les voies digestives. 180

Médecine étrangère. — C. Sacchi, D. M. — Mémoire et observations sur les diverses altérations du corps thyroïde qui constituent le goître. 182

Middlèmore. — Leçons sur la cataracte congénitale. 185

Du rapport entre les maladies des reins et l'apoplexie, et la mort subite, par A. Wilson. 188

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Mémoire sur une loi de l'économie animale, relative à la position des embryons et du fœtus dans l'utérus; par J.-J. Virey. 134

De L'emploi des eaux thermales de Bagnols; par M. Blanquet. 135

Observation de polype du cœur; par M. Choisy. 138

Revue des Journaux anglais et américains. Influence du sérum sur la coloration du sang. — Puberté précoce. — Irritation de la moelle épinière. — OEdème puerpéral. — Vésicatoire sur le nerf phrénique dans le traitement du hoquet. — Rupture de l'utérus sans déchirure du péritoine. — Rétention du placenta dans la matrice. 141

F. TRANSACTIONS MÉDICALES.

Nouvel aperçu sur la physiologie du foie et les usages de la bile. — De la digestion en général; par M. B. Voisin (suite et fin). 95

Description d'un anencéphale, avec disposition anormale des viscères principaux; par M. Destrès. 111

Rapport de M. Sanson sur l'observation précédente. 112

G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

Faculté de médecine. Concours pour une chaire de clinique interne. (M. Broussais.) 157
Hôpital de la Charité, clinique de M. le professeur Bouillaud. Induration de la vulve mitrale, etc.; par M. J. Pelletan. 158
Observation de paralysie générale incomplète, chez un enfant, à la suite d'une vive impression morale, par Gaultier de Claubry. 160
Observation sur un volvulus, avec expulsion d'un paquet assez volumineux de l'intestin grêle; par M. B. Palais. 162
Tableau clinique des maladies observées à la Charité, dans les salles de M. le professeur Bouillaud. Par M. le docteur Donné. 3e art. 163
Recherches d'anatomie pathologique et physiologique, etc. Par M. Montault. Voy. Encycl., tome VIII, lett. G. p. 86 (a)
Observation d'hémorrhagie dans le bulbe rachidien. Par M. Jodir. 167
Quelques recherches et expériences nouvelles sur les divers bruits des artères et du cœur. Par M. Bouillaud. 169
Mémoires concernant un service rural de santé à fonder en France, etc. Par M. Valat. Analyse par M. A. Vidal de Cassis. (a)

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Emploi des chlorures de soude et de chaux dans les brûlures; — Contre la gale. — Considérations pratiques sur les fistules et leur traitement par les injections avec les chlorures liquides. 29
Accouchement rendu difficile et contre nature par l'obliquité très grande de la matrice en avant, l'absence totale des eaux de l'amnios, et le rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du bassin. Extraction du fœtus par la version; mort de la mère à la suite d'une péritonite violente. 30
Traitement du tic douloureux par la belladone, la teinture de stramonium et la limaille de fer. 32

I. GAZETTE MÉDICALE.

N° 49. — 1er juin. — Mémoire sur l'état de la rate dans les fièvres intermittentes; par M. Piorry. 339
Revue de la Clinique de M. Bérard, à l'hôpital St-Antoine. (a)
Tumeur du cou, accompagnée d'accidens graves vers les organes respiratoires; guérison; par M. Passaquay. 350
Fracture de l'avant-bras, plaie avec issue du fragment supérieur du cubitus; par M. Cardot. (a)
N° 50. — 8 juin. — De la salicine et de son usage thérapeutique. 351
Considérations sur les anévrysmes de l'artère poplitée; par Samuel Cooper. 353
Observation relative à une ouverture anormale, et non encore observée, du sommet du ventricule droit du cœur; par M. Cazenave. 354
Revue de la Clinique de M. Guersent, à l'hôpital des enfans malades. (a)
Revue des journaux de médecine des Départemens. — Empyèmes guéris par l'opération. — Tumeur enkystée de l'abdomen chez un fœtus à terme. — Hydropisie abdominale du fœtus faisant obstacle à l'accouchement. — Névralgie guérie par l'hydro-ferrocyanate de quinine. — Névralgie lombaire très-opiniâtre guérie par des lavemens de cyanure de potassium. — Note sur la digitaline pure et sur les effets thérapeutiques de cette substance. 357
N° 51. — 15 Juin. — Mémoire sur l'époque précise où une amputation doit être pratiquée; par M. Villette. 362
Remarques sur les effets thérapeutiques du sirop et de l'extrait de pointes d'asperges; par M. Gendrin. 367
N° 52. — 22 juin. Mémoire sur l'emploi des antimoniaux insolubles dans le traitement de la péripneumonie; par M. Patin. ibid.
Compte rendu du service des calculeux à l'hôpital Necker; par M. Civiale. 373
Revue des maladies qui se sont présentées à la Clinique interne de Strasbourg; par M. Ruef. (Voy. Encyl., tom. VIII. lettre D. p. 74.) (a)
Cas de choléra bleu observé le 18 juin dans le service de M. Chomel; par M. Sestié. 375
Variétés. — Liniment antispasmodique stimulant. 377
N° 53. — 29 juin. — Principe général et inductions pratiques relatives à la convalescence dans les maladies aiguës. ibid.
Revue des journaux de médecine anglais. — Polype lobulé du col utérin. — Hernie fémorale avec un double sac herniaire. — Sur l'emploi de l'huile de croton comme irritant externe. — Opération de hernie fémorale étranglée, anus artificiel; mort. — Abcès de la langue guéri par un séton. — Traitement de la blennorrhagie par l'injection d'une forte solution de nitrate d'argent. — Remarques sur l'influence des habitudes physiques et des professions sur la taille de différentes classes d'hommes. — Sur la structure de l'os de l'enclume. — De l'application d'un bandage durant l'accouchement. — Transfusion du sang pratiquée avec succès. — Pathologie de la luxation scapulo-humérale. — Cas de charbon compliqué de dysurie. — Empoisonnement par l'acide prussique. 381
Observations et réflexions sur l'Amaurose; par M. Berton. 383

Sur l'emploi des éméto-cathartiques contre les fièvres intermittentes ; par M. Jousseret. 390

Variétés. — Suspension des douleurs par l'aimant. 390

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

N° 69. — 1er Juin. Hôpital S.-Louis (MM. Richerand et Jobert). Fracture comminutive du tibia dans une lutte ; résection d'une partie de cet os ; guérison. 253

Leçons de M. Andral sur l'épilepsie (suite). 254

N° 70. — 4 juin. — Hôpital S.-Thomas de Londres (M. Elliotson). Cas de diabète sucré traité par la strychine. 256

Hôpital S.-Louis (MM. Richerand et Jobert). Ascite ; injection d'un liquide astringent ; guérison. (Voyez plus bas, N° 73.)

N° 71. — 6 juin. — Hôpital S.-Thomas de Londres (M. Elliotson). Diabète sucré (suite). 258

Hôpital de la Pitié (M. Louis). Emphysème du poumon. *ibid.*

Leçons de M. Andral sur l'épilepsie (suite). 259

N° 72. — 8 juin. — Hôpital des enfans malades (M. Guersent). Coqueluche, complications, mort. 261

Revue thérapeutique. Effets anti-hémorrhagiques du seigle ergoté chez l'homme. — Effets de l'acide hydrocyanique dans diverses affections. 263

N° 73. — 11 juin. — Hôpital S.-Louis (MM. Richerand et Jobert). Ascite guérie par une injection d'eau et d'alcool dans la cavité du péritoine. 264

Hôpital de la Charité (M. Bouillaud). Voy. le Journal Hebdomadaire, où le professeur donne lui-même le résumé de sa clinique. (*a*)

Implantation du placenta sur le col de l'utérus ; emploi du seigle ergoté ; par M. Héricé-Legros. 266

N° 74. — 13 juin. — Hôpital Necker (M. Bricheteau). Maladies de poitrine. 266

Hôpital de la Charité (M. Bouillaud). Voy. le Journ. hebdomadaire.

N° 75. — 15 juin. — Hôpital des Enfans Malades (M. Guersent). Leçons sur la coqueluche. 267

Hydrocéphale congéniale ; présentation de l'épaule ; version ; évacuation du liquide ; accouchement d'un enfant mort ; par M. Caucal. 269

N° 76. — 18 juin. — Hôpital des Enfans Malades (M. Guersent). Leçons sur la coqueluche (suite). *ibid.*

Des effets délétères produits par l'abus du thé et du café ; par J. Cole. 271

N° 77. — 20 juin. — Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Kyste séreux né dans la cavité de l'orbite droit ; opération ; guérison. 272

Des effets délétères du thé et du café (suite). 273

N° 78. — 22 juin. — Hôtel-Dieu (M. Petit). Cas d'entérite typhoïde, de pneumonie, d'encéphalite et d'arachnitis. 275

Hôtel-Dieu d'Aix (M. Goyrand). Cancer de la main gauche ; amputation ; guérison. 276

N° 79. — 25 juin. — Hôtel-Dieu (M. Sanson). Clinique des maladies des yeux. 277

Accouchement d'un fœtus monstrueux ; par M. Serrurier. (*a*)

N° 80. — 27 juin. — Hôpital de la Pitié (M. Louis). Conférences cliniques. 279

Hôtel-Dieu d'Aix (M. Goyrand). Plaie pénétrante de la poitrine ; hémorrhagie ; mort. 280

N° 81. — 29 juin. — Hôpital des Vénériens (M. Ricord). Ophthalmie blennorrhagique. 281

Tribunal de police d'Orléans. Affaire Moltenot, masseur, exerçant illégalement la médecine. (*a*)

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Affaire d'empoisonnement ; par M. Orfila. 105

Question relative à la simulation des blessures ; par M. Breschet. 107

Affaire de monomanie homicide ; par Leuret. 111

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Thérapeutique Médicale. — De l'emploi des préparations antimoniales dans le traitement de la pneumonie ; par M. Patin. (Voy. Encyclogr. tome, XI, lett. I p. 367). (*a*)

Thérapeutique Chirurgicale. — Un mot sur quelques ophthalmies graves qui règnent maintenant à Paris ; par M. Carron du Villards. 145

Vaccine. — Des conséquences de la vaccine sur l'économie ; par M. Bousquet. 148

Chimie et Pharmacie. — Note sur la saveur des médicamens magistraux, par P.-H. Boutigny. 150

De l'absence de l'arsenic dans les tubes de verre blanc des laboratoires de chimie. 151

De l'hydrochlorate d'ammoniaque dans les catarrhes chroniques, par M. Gallice. 151

Exposé de la doctrine homœopathique du Dr Hahnemann. *ibid.*

Du traitement de l'erysipèle considéré dans ses diverses variétés ; par J.-C. Sabatier. 155

Résection de la partie supérieure du fémur par M. Seutin. 157

Considérations sur le traitement du porrigo (teigne) ; par A. Cazenave. 159

Des accouchemens avec présentation de l'épaule ou sortie du bras ; par M. Maygrier. 161

Sur l'innocuité des emplâtes stibiés ; par M. Raymond. 162

III. JOURNAL DE PHARMACIE.

Mémoire sur le filtre-presse de Réal, son mode d'action, ses inconvéniens; moyen plus simple et généralement applicable pour parvenir au même but, par MM. Boullay, père et fils. 77
Analyse d'un mémoire sur la composition du sérum du sang humain, par M. Félix Boudet. 80
Mémoire sur les combinaisons de l'acide chromique avec les chlorures métalliques, par M. Eugène Péligot. *ibid.*
Rapport fait à l'Académie des sciences, par MM. Chevreul et Dumas, sur un mémoire de M. Eugène Péligot, relatif aux combinaisons des chlorures métalliques avec l'acide chromique. 8
Nouvelles des sciences, par M. J.-J. Virey. *ib*
Extrait d'un mémoire sur le sirop d'orgeat, par B. Germain. 8
Note sur les préparations de l'eau de laitue, par M. Arnaud. 8

IV. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Note sur l'emploi du chlore et des chlorures alcalins pour enlever la couleur noire formée par l'action de l'acide hydrosulfurique sur les tableaux-peinture; par M. A. Chevallier, chimiste, membre du conseil de salubrité. 51
Analyse des calculs prépuciaux; par P.-H. Boutigny, pharmacien à Évreux. 5
Note sur l'arbre qui fournit le bdellium; par A. Richard. *ib*
Analyse de la nouvelle doctrine chimique, présentée à l'Académie royale des Sciences le 25 février 1833; par M. Longchamp. 53